Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg.
(Direktor: Professor Dr. med. C. J. Gauß)

Das Sondenzeichen bei Retroversio-flexio uteri.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen medizinischen Fakultät

der

Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Kaspar Leisen
aus Dasburg (Kr. Prüm) Eifel.

Würzburg
1937

Buchdruckerei J. DIETZ, Karlstadt am Main.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent:
Professor Dr. med. C. J. Gauß.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549802_0264

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.

A. Schrifttum.

Seit Bernhard Sigismund Schultze wird die Anteversio-flexio als die einzige normale Lage des Uterus angesehen (1). Sie wird auch als „Grundstellung" Waldeyers bezeichnet (2). Nachdem man dieses erkannt hatte, wurde nach jeder Lageanomalie gefahndet, um sie dann konservativ oder chirurgisch zu behandeln.

Die am häufigsten vorkommende Abweichung von der normalen Lage ist die Retroversio-flexio uteri. Hier werden zwei Gruppen unterschieden: 1. die angeborene und 2. die erworbene Retroversio-flexio uteri. Vogt (3), Ottokar Gerich (1).

Die angeborene Retroversio-flexio gehört zu den allergrößten Ausnahmen. Im Schrifttum sind bisher nur zwei bis drei Fälle sicher anerkannt. Neuerdings wird die Annahme einer kongenitalen Retroflexio uteri von L. Okintchitz, der an 150 Leichen von neugeborenen Mädchen autoptische Kontrollen vornehmen ließ, abgelehnt, denn in keinem Falle wurde eine Retroflexio festgestellt, wohl aber 8 Fälle mit Anteversio-flexio, 97 mit Anteversio und 45 mit Streckstellungen (4). Okintchitz bezeichnet Lageveränderungen, die vor der Pubertät entstehen, als primäre, zu diesen gehören die zwei Fälle, die von Rugué beobachtet und als kongenitale Retroflexio bezeichnet wurden. Lageanomalien, die erst nach der Pubertät auftreten, bezeichnet er als sekundäre. Als Ursache der Rückverlagerung bei jungen Mädchen nimmt er an: allgemeine körperliche Unterentwicklung (Status asthenico-ptoticus, Asthenie Stillers), spezielle Genitalinsuffizienz, Infektionskrankheiten in der frühen Kindheit und schlechte hygienische Verhältnisse, darunter fällt auch übertriebener Sport.

Diese Fälle mit primären Lageanomalien kommen selten zum Arzt, da sie meistens keine oder nur geringe Beschwerden machen. Aber die Gruppe der erworbenen Lageanomalien macht den Ärzten umsomehr Kopfzerbrechen in Diagnosestellung und Art der Behandlung. Man teilt die erworbenen (sekundären) Retroversio-flexionen ein in bewegliche und unbewegliche, je nachdem der Uterus aus seiner Retroversio-flexiostellung in die Anteversio-flexiostellung gebracht werden kann und dann in dieser Lage bleibt oder nicht.

Die Beschwerden lokaler wie allgemeiner Natur, die mit mobiler Retroflexio zusammenfallen, werden nicht als Folge der Lageveränderung des Uterus angesehen, sondern als von der kranken Persönlichkeit, von der abwegigen körperlichen oder psychischen Konstitution der Patientin ausgehend betrachtet. Vogt (3). Daß Beschwerden bei Rückwärtsverlagerungen auch durch psychogene und neurastheni-

sche Faktoren beeinflußt sind, berichtet Sharman, der während fünf Jahren 2560 Patientinnen und darunter 218 (= 8,5 %) mit einer Rückwärtsverlagerung behandelt hat. Er fand, daß bei seinem gesamten Beobachtungsmaterial die subjektiven und symptomatischen Heilerfolge besser als die objektiven und anatomischen waren (5). Eine beschwerdefreie Retroversio-flexio, die nur als Zufallsbefund diagnostiziert wird, sollte nicht behandelt werden. Fallen Beschwerden mit einer Retroversio-flexio uteri mobilis zusammen, so kann man die Verlagerung, nachdem man sie durch genaue Erforschung der geklagten Beschwerden als Ursache angenommen hat, entweder konservativ oder operativ behandeln.

Anders steht es mit der durch Entzündungen im kleinen Becken komplizierten, meistens fixierten Retroversio-flexio. Diese soll stets behandelt werden, aber erst, nachdem der entzündliche Zustand im kleinen Becken vollkommen abgeklungen ist. Sind Verwachsungen der Gebärmutter mit anderen Organen des Beckens eingetreten, so wird man natürlich zuerst versuchen, diese durch konservativ-orthopädische Behandlung zu beheben. Condamin (6), der als disponierendes Moment für die unkomplizierten Gebärmutterverlagerungen den aufrechten Gang, die Rückenruhenlage und die Sitzstellung ansieht, glaubt sogar, daß bei fixierter Retroflexio durch konservative Maßnahmen wie Massage, Gymnastik, Tampons und Pessartragen bessere Erfolge erzielt werden als durch operative Eingriffe. Auch bei Retroflexio uteri fixata des graviden Uterus soll Lockerung der Adhäsionen durch konservative Maßnahmen versucht werden. Gauß (2).

Diesen unblutigen Maßnahmen stehen die operativen entgegen. Otto Küstner und Karl Reifferscheid wollen jede Retroversio-flexio, ob mobil oder fixiert, operieren, da sie in dieser Lageveränderung eine Vorstufe des Prolapses bezw. der Elongatio cervicis erblicken (1). Auch Gauß rät, daß bei bestehendem Descensus vaginae die Retroversio-flexio beseitigt werden soll (2). Die Methoden, um sowohl den mobilen wie den fixierten Uterus operativ zu behandeln, sind sehr zahlreich. Van der Velde (1) gab im Jahre 1910 auf dem Gynäkologenkongreß in Petersburg eine Zusammenstellung von 217 Operationsmethoden: solche, die die Bauchhöhle nicht eröffnen (z. B. Alexander-Adams), Operation zur Profixur des retroflektierten, nicht fixierten Uterus, und solche, bei denen die Bauchhöhle eröffnet wird, um vorhandene Verwachsungen der Gebärmutter mit anderen Beckenorganen zu lösen, oder wenn die Verlagerung durch Neubildungen, meistens in der vorderen Wand des Uterus, hervorgerufen wurde, diese zu entfernen. Ehe man sich zu einer dieser Methoden entschließt, muß man sich zuerst darüber klar werden, ob der Uterus in anormaler Lage fixiert ist oder nicht, denn für die Patientin ist es, trotz peinlichster Asepsis und hochentwickelter Operationstechnik, weniger gefährlich, sich einer Operation nach Alexander-Adams,

ohne das Peritoneum zu eröffnen, zu unterziehen, als eine Bauchfelleröffnung bei sich vornehmen zu lassen.

Zur Feststellung der Retroversio-flexio uteri und ob sie mobil oder fixiert ist, werden verschiedene Untersuchungsmethoden angewandt. Die häufigste Untersuchungsmethode ist die bimanuelle per vaginam und per rectum. Führt dieses nicht zur genauen Diagnose, so untersucht man, zwecks Entspannung der Bauchdecken, in Narkose. Wenn diese Narkoseuntersuchung mit dem therapeutischen Nebenzweck, Verwachsungen zu dehnen oder zu durchtrennen, verbunden wird, so gilt sie als nicht ganz ungefährlich, denn es können dabei recht erhebliche Blutungen in den Douglasschen Raum stattfinden (7, 16). Fehling warnt sowohl vor einer forcierten Untersuchung in Narkose, als auch vor der Sondierung, die er nur in seltensten Fällen zur Sicherung der Diagnose, ob der Uterus mobil oder fixiert, zuläßt, „wenn mit absoluter Sicherheit die Richtung des Uteruskanals bekannt ist; ein Aufsuchen desselben mit der Sonde ist wegen der Gefahr einer Uterusperforation nicht erlaubt". Er gibt aber zu, daß die Sondenaufrichtung ein weniger gefährliches Verfahren ist als die Aufrichtung in Narkose, wenn diese auch „bequemer für den Arzt und weniger schmerzhaft für die Kranken" sei (8). Die Untersuchungsmethoden mit der Sonde sind verschieden. So benützte Koblanck (9) die Intrauterinsonde zur Aufrichtung des retroflektierten Uterus und um, indem er dem Fundus uteri damit die Richtung nach vorne gab, vorhandene und jetzt gespannte Adhäsionen zu erkennen. Henkel (10) machte nur einen Aufrichtungsversuch mit der Sonde, wenn dieser mißlang, so nahm er an, daß man auf Verwachsungen schließen könnte, was sich aber nicht in allen Fällen bewahrheitet hat. Benthin (11) fand Fälle, wo der retroflektierte Uterus auch mit der Sonde nicht aufrichtbar und bei der nachfolgenden Operation keine Spur von Verwachsungen vorhanden war. Auch Henkel schildert Fälle, in denen die Aufrichtung schwierig ist, aber keine Verwachsungen vorhanden sind; er nimmt an, daß „ein negativer Druck den retroflektierten Uterus auf dem Boden der Douglashöhle fixiert hält".

Als Modifikation der Sondenuntersuchung wurde dann von Gauß (12) im Jahre 1920 das Sondenzeichen zur Untersuchung der Retroflexio uteri angegeben.

Ein charakteristisches Symptom für die fixierte Retroflexio, den federnden Widerstand, hat Menge (14) angegeben; er schreibt: „Übrigens erkennt eine leichte und geübte Hand die Fixation des retrovertierten Uterus sofort am charakteristischen federnden Widerstand, den die Sonde beim Aufrichtungsversuch findet." Dieses charakteristische Symptom wurde dann von Gauß zum Begriff des „spezifischen" Sondenzeichens bei Retroversio-flexio uteri ausgearbeitet (12).

„Die Prüfung dieses Sondenzeichens erfolgt in der Weise, daß man mit der Uterussonde einen vorsichtigen Aufrichtungsversuch macht und das Verhalten der Sonde dabei beobachtet. Der positive Ausfall des Zeichens, im Sinne einer fixierten Retroflexio, zeigt sich in einem elastischen Zurückschnellen der den Uterus nach vorne hebelnden Sonde in dem Augenblick, wo die Sonde von der sie bedienenden Hand losgelassen wird. Dieses Zurückschnellen erklärt sich naturgemäß durch den Zug der den Uterus nach hinten ziehenden Verwachsungen. Schnellt die Sonde nicht zurück, sondern bleibt in der ihr gegebenen Anteflexionsstellung stehen oder fällt höchstens infolge ihrer eigenen Schwere langsam wieder zurück, so ist das Sondenzeichen negativ, und damit der Uterus als beweglich anzusehen."

Die Anwendbarkeit der Sondierung und somit die Prüfung des Sondenzeichens ist beschränkt. Einige Autoren (16) wenden die Sonde nur an, um in unklaren Fällen Aufklärung über den Verlauf der Uterushöhle zu bekommen, andere (7) (3) widerraten ihr, da sie nicht so selten die Ursache von Verletzungen und Infektionen ist, und halten sie nur für erforderlich zur Feststellung der Richtung des Unteruskanals vor einer Abrasio. Strenge Gegenanzeigen der Sondierung sind eine bestehende Schwangerschaft und Verdacht auf Schwangerschaft, weiter akut infektiöse Prozesse der Cervix sowie Entzündungen im kleinen Becken. Sind diese Gegenanzeigen nicht vorhanden, so kann man das Sondenzeichen bei Fällen mit besonders gespannten Bauchdecken, bei dickem Fettpolster und bei virginellen Verhältnissen prüfen. Das Sondenzeichen läßt keine Unterscheidung der Fixationsarten, ob sie intraperitonealer oder bindegewebig-parametraner Art sind, zu. Das Sondenzeichen ist nicht als differentialdiagnostisches Hilfsmittel zwischen der durch Verwachsungen bedingten Retroflexio und der durch Tumoren bedingten zu verwenden, besonders wenn diese sich in der vorderen Wand des Uterus, zwischen Blase und Uterus entwickelt haben und dadurch den Uteruskörper nach hinten in den Douglasraum drücken.

Statistische Prüfungen auf die Zuverlässigkeit des spezifischen Sondenzeichens wurden seit seiner Einführung in Freiburg schon von Roseno (1920) und Sprave (1921) in ihren Dissertationen angestellt. Diesen Arbeiten schloß sich im Jahre 1925 eine Würzburger Dissertation von Stribrny an.

Nachdem ich im Folgenden mein Krankengut in Fälle mit positivem (+), negativem (—) und angedeutetem (±) S. Z. (Sondenzeichen) untergeordnet, die notwendigsten Krankenberichte angeführt, dann die einzelnen Fälle auf die Zuverlässigkeit des S. Z. geprüft und kritisch betrachtet habe, werde ich die Ergebnisse der vorigen Arbeiten mit den von mir gefundenen vergleichen.

B. Eigene Untersuchungen.

In meiner Arbeit werde ich 142 Fälle, die ich sämtlichen einschlägigen Krankengeschichten der Frauenklinik aus den Jahrgängen 1926 bis 1936 entnommen habe, auf die Richtigkeit des Sondenzeichens hin prüfen. Ich habe nur solche Fälle zusammengestellt, in denen das Sondenzeichen bei Retroversio-flexio uteri durch Operation geprüft wurde, da der Operationsbericht oder die Operationsdiagnose am eindeutigsten für oder gegen das Sondenzeichen spricht.

I. Kasuistik.

1. Krankengut mit positivem Sondenzeichen.

a) Fälle, in denen das Sondenzeichen durch die Operation bestätigt wurde.

1. Kr. Bl. Nr. 41/857/28. B. D. 38 J. 3-p. Aufn. 18. 2. 28.
Ut. retroflektiert, nicht aufzurichten. Rechts anscheinend normale Adnexe, links ein klein-faustgroßer Tumor, der gut beweglich ist. Im Douglas einige derbe Stränge zu fühlen.
S. Z. +, 6 cm, leicht möglich.
Diagn.: Retroflexion ut. fix. Adnextumor links.
17. 3. Operation: Der Uterus liegt tief retroflektiert, ist etwas groß und beiderseits verwachsen. Die Verwachsungsstränge werden mit ziemlicher Gewalt gelöst. Ventrifixur nach Schauta-Doléris.
Op. Diagn.: Retroflexio ut. fix.

2. Kr. Bl. Nr. 144/30. W. J. 27 J. Op. p. Aufn. 21. 1. 30.
Ut. retroflektiert, sinistroponiert, beweglich, fällt sofort in seine Anfangsstellung zurück. Links neben dem Uterus Adhäsionen. Aufnahme wegen Kreuzschmerzen vor der Periode.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.?
4. 2. S. Z. +. Diagn.: Retroflexio ut. fix.
7. 2. Operation: Lösung der Adhäsionen zwischen Ut. und Rektum. Profixur nach Czerny.
Diagn.: Retroflexio ut. fix.
8. 3. Entlassen.

3. Kr. Bl. Nr. 256/30. D. D. 39 J. 3-p. Aufn. 7. 4. 30.
Aufnahme wegen starker Kreuzschmerzen, die auch außerhalb der Periode vorhanden sind.
Ut. retroflektiert, mit der Hand nicht aufrichtbar. Adnexe und Parametrien ohne gröberen Tastbefund.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. fix.
10. 5. Operation: Der keinerlei Adhäsionen aufweisende Uterus wird nach Ohlshausen ventrifixiert.
Diagn.: Retroflexio ut. fix. part.

4. Kr. Bl. Nr. 297/30. M. M. 37 J. 4-p. Aufn. 26. 5. 30.
Aufnahme wegen stechender Schmerzen beiderseits im Unterbauch bei Anstrengung. Öfters Erbrechen.
Ut. retroflektiert, läßt sich mit der Hand nach vorne bringen, fällt jedoch wieder sofort in seine Ausgangsstellung zurück. Adnexe und Parametrien ohne gröberen Tastbefund.
S. Z. +, 8 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. fix.
16. 6. Operation: Palpation und Inspektion ergibt Injektion der Uterusserosa und Fixationsstränge zwischen Uterushinterwand und Rektum. Profixur nach Baldy-Frank. Kolporrhaphia ant. et post.
Diagn.: Retroflexio ut. myomatosi fixata.
5. 7. Entlassen.

5. Kr. Bl. Nr. 669/30. St. P. 40 J. 4-p. Aufn. 1. 12. 30.
Aufnahme wegen Vorfallbeschwerden, Leib- und Kreuzschmerzen.
Ut. retroflektiert, läßt sich nicht nach vorne bringen, etwas sinistroponiert. Adnexe o. B.
S. Z. +, 8 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. fix.
30. 12. 30. Operation: Der vergrößerte und mit einigen Spangen in seiner Retroflexionslage fixierte Uterus wird nach Lösen der Verwachsungen nach vorne gebracht und nach Baldy-Frank profixiert.

6. Kr. Bl. Nr. 704/30. H. A. 38 J. 0-p. Aufn. 29. 12. 30.
Aufnahme wegen Kreuzschmerzen.
3. 1. 31. Narkose-Untersuchung. Uterus liegt retroflektiert, läßt sich mit der Sonde aufrichten, fällt aber wieder zurück.
S. Z. +, 7,5 cm.
Hinter dem Uterus fühlt man ganz nahe dem hinteren Scheidengewölbe eine derbe Resistenz wie eine Narbe, Adnexe und Parametrien frei.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
10. 1. 31. Operation: Der mit nur geringen Adhäsionen im kleinen Becken fixierte Uterus wird aufgesucht und nach Schauta-Doléris profixiert.
Diagn.: Retroflexio ut. part. fix.
28. 1. Entlassen.

7. Kr. Bl. Nr. 13/31. K. F. 33 J. 2-p. Aufn. 7. 1. 31.
Aufnahme wegen starker Schmerzen in Kreuz und Leib seit einem halben Jahre.
Ut. retroflektiert, gut beweglich, läßt sich nach vorne bringen. Rechte Adnexe unklar, druckempfindlich.
S. Z. +, 7,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
10. 1. 31. Operation: Der Uterus ist durch geringe Adhäsionen an seiner Hinterfläche fixiert. Profixur nach Schauta-Doléris.
Diagn.: Retroflexio ut. fix.
24. 1. 31. Entlassen.

8. Kr. Bl. Nr. 134/31. Sch. W. 23 J. 1-p. Aufn. 2. 3. 31.
Ut. retroflektiert, läßt sich nicht nach vorne bringen. Rechte Adnexe druckempfindlich.
S. Z. +, 7,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. fix.
5. 3. Operation: Der Uterus liegt retroflektiert und durch elastische Bänder fixiert im kleinen Becken. Stumpfes Lösen der Verwachsungen und Profixur nach Baldy-Frank.
22. 3. Entlassen.

9. Kr. Bl. Nr. 168/31. L. A. 30 J. 1-p. Aufn. 12. 3. 31.
Ut. retroflektiert, läßt sich nicht nach vorne bringen. Adnexe anscheinend o. B.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. fix.
14. 3. Operation: Profixur nach Baldy-Frank.
30. 3. Entlassen.

10. Kr. Bl. Nr. 413/31. H. M. 25 J. 0-p. Aufn. 15. 7. 31.
Aufnahme wegen Schmerzen im Unterbauch.
Ut. retroflektiert, läßt sich nach vorne bringen, fällt aber wieder in die alte Lage zurück. Verwachsungen und Stränge im Douglas zu fühlen.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. fixati part. m. Septum vaginae.
24. 7. S. Z. +.
25. 7. Operation: Der Uterus ist metropathisch vergrößert und durch Adhäsionen fixiert, die stumpf abgelöst werden. Profixur des retroflektierten Uterus nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retroflexion ut. fix.
1. 8. Exitus. Peritonitis.

11. Kr. Bl. Nr. 410/32. K. M. 32 J. 1-p. Aufn. 27. 7. 32.
Aufnahme wegen Kreuzschmerzen und linksseitiger Leibschmerzen.
Uterus in Streckstellung, retroponiert, fixiert. Bewegungsversuche schmerzhaft. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. +, 8 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. fix.
29. 7. 32. Operation: Der Uterus liegt im Douglas mit der unteren Hälfte seiner Rückfläche durch derbe Adhäsionsstränge breit mit dem Douglasperitoneum verlötet. Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retrofl. ut. fix.
16. 8. Entlassen.

12. Kr. Bl. Nr. 71/33. O. W. 22 J. + p. Aufn. 7. 2. 33.
Aufnahme wegen starker Schmerzen bei der Periode.
Ut. retroflektiert, retrovertiert, nicht aufrichtbar.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. fix.
14. 2. 33. Operation: Der retroflektierte Uterus ist im Douglas flächenhaft adhärent und überdies durch mehrere teils dickere teils dünnere Stränge mit dem Sigmoid verbunden. Profixur nach Baldy-Frank.
6. 3. Entlassen.

13. Kr. Bl. Nr. 174/33. L. Ph. 23 J. 0-p. Aufn. 4. 4. 33.
Aufnahme wegen stechender Schmerzen im Unterbauch rechts.
Ut. retroflektiert, digitaler Aufrichtungsversuch schmerzhaft.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. fix.
3. 4. 33. Operation: Der retroflektiert und dextroponiert liegende Uterus ist im Douglas durch einige Stränge fixiert. Im Bereich der rechten Tube und des Ligamentum rotundum befinden sich ebenfalls Adhäsionen. Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retroflexio ut. part. fix. Appendicopathia chronica.
24. 4. Entlassen.

14. Kr. Bl. Nr. 479/33. S. M. 30 J. 0-p. Aufn. 25. 9. 33.
Aufnahme wegen Kreuz- und Leibschmerzen bei der Periode.
Ut. retroflektiert, retrovertiert, läßt sich ohne Narkose nicht aufrichten. Adnexe und Parametrien o. B.
S. Z. +, 6 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix. Desc. vag. 1. Grades.
27. 9. 33. Operation: Die eingeführte Hand fühlt den normal großen Uterus zum größten Teil durch Verwachsungen fixiert. Die Lösung der Verwachsungen des Uterus erfolgt an seiner Hinterwand durch einige Scherenschläge und stumpfes Abpräparieren. Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retroversio-flexio ut. fix.
13. 10. Entlassen.

15. Kr. Bl. Nr. 480/33. M. M. 23 J. 0-p. Aufn. 25. 9. 33.
Aufnahme erfolgt wegen stechender Leibschmerzen, Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen und Menorrhagie.
Ut. retroflektiert, retrovertiert, dextroponiert und dextrovertiert. Links von ihm ein damenfaustgroßer Ovarialtumor. Rechts Adnexe o. B.
S. Z. +, 7 cm. Sonde geht nach rechts hinten.
Diagn.: Retroflexio-versio ut. part. fix.
2. 10. 33. Operation: Der Uterus ist durch reichliche Verwachsung an seiner Hinterwand retroflektiert und fixiert. Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retroflexio-versio ut. fix. Adnexe o. B.
19. 10. Entlassen.

16. Kr. Bl. Nr. 506/33. E. M. 33 J. 3-p. Aufn. 8. 10. 33.
Aufnahme wegen starker Kreuzschmerzen, Menorrhagen und Metrorrhagien.
Uterus anscheinend retroflektiert, sicher retrovertiert und fixiert. Bei Bewegung schmerzhaft. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retroversio-flexio ut. fix.
12. 10. 33. Operation: Der retrovertiert liegende Uterus läßt sich aus geringen Verwachsungen leicht stumpf lösen, dann erfolgt Aufrichtung und typische Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retroversio part. fix.
1. 11. 33. Entlassen.

17. Kr. Bl. Nr. 543/33. K. K. 33 J. 2-p. Aufn. 25. 10. 33.
Aufnahme wegen starker Kreuzschmerzen.
Ut. retroflektiert, retrovertiert, unbeweglich, sehr druckschmerzhaft, läßt sich nicht aufrichten.
S. Z. +, 7,5 cm.
Diagn.: Retrofl. part. fix. ut. Desc. vag. ant. et post. 2. Grades.
27. 10. 33. Operation: Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retroflexio ut. part. fix.
13. 11. Entlassen.

18. Kr. Bl. Nr. 548/33. P. C. 38 J. 1-p. Aufn. 27. 10. 33.
Aufnahme wegen starker Kreuzschmerzen und schmerzhaftem Stuhlgang bei der Periode.
Ut. retroflektiert, retrovertiert, wenig beweglich, läßt sich ohne Narkose nicht aufrichten. Adnexe und Parametrien beiderseits frei.
S. Z. +, 8 cm, geht nach hinten links.

Diagn.: Retroflexio-versio ut. part. fix.
4. 11. 33. Operation: Profixur nach Baldy. Kolporrhaphie, Appendektomie.
Diagn.: Retroflexio ut. part. fix. Desc. vag. ant. 1. Grades, post. 2. Grades.
25. 11. 33. Entlassen.

19. Kr. Bl. Nr. 559/33. Sch. B. 25 J. 3-p. Aufn. 2. 11. 33.
Aufnahme wegen Kreuz- und Leibschmerzen.
Ut. retroflektiert, retrovertiert, läßt sich ohne Narkose nicht aufrichten. Adnexe und Parametrien beiderseits o. B.
S. Z. +, 8 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix. Desc. vag. ant. et post. 3. Grades.
7. 11. 33. Operation: Lösung einiger Verwachsungsstränge an der Uterushinterwand, wodurch nicht nur eine Retroflexio, sondern auch eine Sinistroversio bedingt war. Profixur nach Baldy. Kolporrhaphia ant.
Diagn.: Retroflexio et sinistroversio ut. part. fix.
14. 12. Entlassen.

20. Kr. Bl. Nr. 628/33. H. A. 35 J. 2-p. Aufn. 2. 12. 33.
Ut. retroflektiert, läßt sich ohne Narkose nicht völlig aufrichten. Adnexe und Parametrien beiderseits frei.
S. Z. +; 7 cm.
Diagn.: Retroflexio-versio ut.
9. 12. 33. Operation: Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retroversio ut. fix.
28. 12. 33. Entlassen.

21. Kr. Bl. Nr. 72/34, R. J. 21 J. 1-p. Aufn. 29. 1. 34.
Ut. retroflektiert, federt bei Aufrichtung wieder zurück. Adnexe und Parametrien o. B. Wurde wegen Kreuzschmerzen und Schmerzen rechts im Unterleib aufgenommen.
S. Z. +, 7. cm.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix.
1. 2. 34. Operation: Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retroflexio ut. fix. Appendicopathia chron.
17. 2. 34. Entlassen.

22. Kr. Bl. 558/34. Sch. L. 27 J. 0-p. Aufn. 4. 9. 34.
Aufgenommen wegen starker Menstruationsbeschwerden.
Ut. retroflektiert, läßt sich aufrichten, federt aber wieder zurück. Adnexe und Parametrien o. B.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix.
8. 9. 34. Operation: Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retroflexio ut. part. fix.
24. 9. 34. Entlassen.

23. Kr. Bl. Nr. 420/36. Kons.-Abteilung. H. O. 24 J. 0-p. Aufn. 23. 10. 36.
Ut. retroflektiert, mit Sonde aufrichtbar, fällt aber sofort wieder zurück, leicht federnder Widerstand. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. +, 7,5 cm, geht nach hinten, schwierig.
Diagn.: Retroflexio ut. part. fix.
24. 12. 36. Operation: Der Uterus lag retroflektiert und war durch zarte Verwachsungen fixiert. Die Tuben waren beiderseits frei beweglich und die Ovarien nicht verändert. Die von der rechten Uteruskante ausgehenden Stränge werden stumpf gelöst. Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retroflexio ut. fix. (Appendicitis acuta/perforata).

b) Fälle, in denen das Sondenzeichen durch die Operation nicht bestätigt wurde.

24. Kr. Bl. Nr. 113/326/26. H. B. 24 J. 0-p. Aufn. 9. 6. 26. (Kons.-Abt.)
Ut. von normaler Größe und Konsistenz, liegt tief retroflektiert im kleinen Becken, läßt sich leicht aufrichten.
S. Z. +.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. (Leistenbruchanlage?, Adipositas).
23. 6. 26. Operation: Der Uterus ist recht klein. Er wird mit der Hand vorluxiert, an den sehr zarten Bändern gefaßt und in typischer Weise nach Schauta-Doléris ventrifixiert. Adnexe und Parametrien sind frei von pathologischen Veränderungen.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
30. 7. Entlassen.

25. Kr. Bl. Nr. 92/30. F. J. 24 J. 0-p. Aufn. 13. 2. 30.
Aufnahme wegen zu häufiger und besonders zu starker Periode mit Schmerzen in Kreuz und Leib.
Ut. retroflektiert und vertiert, etwas weich und groß, mit der Hand nicht aufrichtbar. Rechtes Sacro-uterinligament stark druckempfindlich. Adnexe ohne gröberen Tastbefund.
13. 2. Ut. in seiner Beweglichkeit eingeschränkt, liegt retrovertiert-flektiert, läßt sich ohne Narkose nicht aufrichten.
Diagn.: Retroflexio ut. fix.
14. 2. Narkose-Untersuchung: Ut. läßt sich nach vorne bringen und bleibt vorne liegen. Die Savrounterinligamente etwas verkürzt. Adnexe und Parametrien frei.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
18. 2. S. Z. + (geprüft von Professor Gauß).
20. 2. Operation: Profixur nach Schauta-Doléris.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.

26. Kr. Bl. Nr. 617/30. O. M. 46 J. 0-p. Aufn. 6. 11. 30.
Aufnahme wegen starker Kreuzschmerzen, die bei schwerer Arbeit an Intensität zunehmen.
Ut. retrovertiert, in Streckstellung, läßt sich nicht nach vorne bringen. Adnexe o. B.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retroversio ut fix.
8. 11. Operation: Vorziehen des mobil retroflektierten Uterus und Revision der Adnexe, die unverändert sind.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
21. 11. 30. Entlassen. Uterus gut anliegend.

27. Kr. Bl. Nr. 633/30. K. A. 44 J. 10-p. Aufn. 13. 11. 30.
Aufnahme wegen Totalprolaps.
Ut. normal groß, retroflektiert, sehr gut beweglich. Adnexe o. B.
S. Z. +, 8 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
17. 11. Der Uterus liegt in mobiler retroflektierter Lage, läßt sich nach vorne bringen. Adnexe und Parametrien o. B.
26. 11. Operation: Alexander-Adams.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
15. 12. Ut. anteflektiert. Entlassen.

28. Kr. Bl. Nr. 681/30. E. A. 34 J. 3-p. Aufn. 9. 12. 30.
Aufnahme wegen seit 2 Monaten dauernd vorhandener Kreuzschmerzen.
Ut. von normaler Größe, retroflektiert, beweglich, läßt sich nicht nach vorne bringen. Adnexe frei.
S. Z. +, 8,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.: Desc. vag. 2. bis 3. Grades.
13. 12. Operation: Profixur nach Baldy-Frank. Vordere und hintere Plastik.
Diagn. Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 2. bis 3. Grades.
30. 12. Entlassen.

29. Kr. Bl. Nr. 705/30. G. H. 43 J. 6-p. Aufn. 29. 12. 30.
Ut. von normaler Größe, läßt sich nicht leicht aus seiner Retroflexionslage aufrichten. Adnexe o. B.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn. Retroflexio ut. fix.
2. 1. 31. Operation: Aufrichten des Uterus, der nicht fixiert ist, und Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.

30. Kr. Bl. Nr. 1/31. K. B. 28 J. 1-p. Aufn. 2. 1. 31.
Aufnahme wegen starker Leibschmerzen während der Menses.
Ut. von normaler Größe, retroflektiert, fixiert, läßt sich nicht aufrichten.
S. Z. +, 7,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. fix.
5. 1. 31. Operation: Der Uterus ist von normaler Größe und nicht fixiert. Adnexe ohne Besonderheiten. Profixur nach Baldy in typischer Weise.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
23. 1. 31. Entlassen.

31. Kr. Bl. Nr. 17/31. B. E. 37 J. 2-p. Aufn. 9. 1. 31.
Aufnahme wegen seit zwei Jahren bestehender chronischer Obstipation und mäßiger Leib- und Kreuzschmerzen während der Periode.
Ut. retroflektiert, läßt sich nicht nach vorne bringen. Adnexe frei.
S. Z. +, 8 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. fix.
13. 1. 31. Operation: Der Uterus liegt in mobiler Retroflexionslage, die Adnexe sind unverändert. Profixur nach Schauta-Doléris. Hintere Plastik.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.

32. Kr. Bl. Nr. 19/31. R. D. 33 J. 1-p. Aufn. 19. 1. 31.
Aufnahme wegen Leibschmerzen in Appendixgegend, die von Schüttelfrost, Brechreiz und Erbrechen begleitet sind. Bis jetzt 5 bis 6 solcher Anfälle gehabt, der letzte dauerte 4 bis 5 Tage.
Ut. retroflektiert, fix. etwas vergrößert, druckschmerzhaft. Adnexe anscheinend frei.
S. Z. +, 8 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. fix.
13. 1. 31. Operation: Der Uterus liegt in mobiler Retroflexionsstellung. Profixur nach Schauta-Doléris. Adnexe selbst sind unverändert.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
31. 1. 31. Entlassen.

33. Kr. Bl. Nr. 305/31. D. R. 31 J. 0-p. Aufn. 13. 4. 31.
Aufnahme wegen starker Schmerzen im Unterbauch, besonders bei der Menstruation.

Ut. retroflektiert, fixiert, normal groß. Das rechte Ovar etwas vergrößert und druckempfindlich, das linke o. B.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. fix.
20. 5. 31. Operation: Der im kleinen Becken befindliche, nicht verwachsene, normalgroße Uterus wird nach Baldy-Frank profixiert.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
5. 6. 31. Entlassen.

34. Kr. Bl. Nr. 641/31. D. S. 32 J. 2-p. Aufn. 18. 11. 31.
Ut. retroflektiert, nicht aufrichtbar. Adnexe und Parametrien soweit abzutasten frei.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. fix. Desc. vag. 2. bis 3. Grades.
21. 11. 31. Operation: Das stumpfwinklig retroflektierte Corpus uteri ist vollkommen frei beweglich. Profixur nach Baldy-Frank. Kolporrhaphia ant.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.

35. Kr. Bl. Nr. 75/32. L. K. 29 J. 3-p. Aufn. 1. 2. 32.
Aufnahme wegen andauernder Kreuzschmerzen.
Ut. retroflektiert, fixiert. Adnexe anscheinend frei. Parametrien o. B.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. fix. Desc. vag. 2. bis 3. Grades.
3. 2. 32. Operation: Der Uterus liegt nach der Aufrichtung in Ecclesia in Streckstellung. Kein Anhalt für Fixation. Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.

36. Kr. Bl. Nr. 215/33. Sch. A. 34 J. 5-p. Aufn. 27. 4. 33.
Ut. etwas vergrößert, plump, aufrichtbar mit Sonde, fällt sofort in Ausgangsstellung zurück. Adnexe und Parametrien frei.
Aufnahme wegen Descensusbeschwerden.
S. Z. +, 8 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. part. fix. Desc. vag. 3. Grades bei altem Dammriß 3. Grades.
2. 5. 33. Operation: Von einer Profixur des mobil retroflektierten Uterus wird Abstand genommen. Vordere und hintere Plastik.
Diagn.: Retroflexio ut. mobilis.
22. 5. Entlassen.

37. Kr. Bl. Nr. 286/33. L. E. 39 J. 7-p. Aufn. 10. 6. 33.
Aufnahme wegen starker Kreuzschmerzen bei der Menstruation.
Ut. plump, etwas vergrößert, retroflektiert, fällt nach Aufrichtung wieder zurück. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. +, 8 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
16. 6. 33. Operation: Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retroflexion ut. mob. Desc. vag. 1. bis 2. Grades.
21. 7. Entlassen.

38. Kr. Bl. Nr. 398/33. Sch. M. 20 J. 1-p. Aufn. 17. 8. 33.
Aufnahme wegen Dysmenorrhoe und Menorrhagie.
Ut. retroflektiert, retrovertiert, läßt sich mit Sonde aufrichten, Sonde fällt zurück. Parametrien rechts etwas straff, links elastisch zart. Adnexe beiderseits o. B.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.

18. 8. 33. Operation: Profixur nach Alexander- Adams.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
5. 9. 33. Entlassen.

39. Kr. Bl. Nr. 451/33 G. L. 19 J. 0-p. Aufn. 14. 9. 33.
Aufnahme wegen Kreuz- und Leibschmerzen bei der Periode. Obstipation.
Ut. retroflektiert, Collumabschnitt ziemlich lang ausgezogen. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. part. fix.
19. 9. 33. Operation: Profixur nach Baldy-Frank. Adnexe o. B.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
6. 10. Entlassen.

40. Kr. Bl. Nr. 520/33. E. M. 31 J. 2-p. Aufn. 12. 10. 33.
Aufnahme wegen ständiger Kreuzschmerzen.
Ut. retroflektiert, läßt sich ohne Narkose nicht aufrichten. Adnexe und Parametrien o. B.
S. Z. +, 7,5 cm.
Diagn.: Retroflexion ut. part. fix. Desc. vag. 2. Grades.
14. 10. 33. Operation: Profixur nach Baldy-Frank. Adnexe o. B.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
3. 11. 33. Entlassen.

41. Kr. Bl. Nr. 571/33. M. Th. 43 J. 4-p. Aufn. 7. 11. 33.
Ut. retroflektiert, retrovertiert, beweglich, nicht schmerzhaft. Adnexe und Parametrien beiderseits o. B.
S. Z. +, 8,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. part. fix. Desc. vag. 3. Grades.
12. 1. 34. Operation: Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
31. 3. 34. Entlassen.
Epikrise: In diesem Falle bestände die Möglichkeit, daß sich die Fixation in den zwei Monaten, die zwischen Feststellung des positiven Sondenzeichens und der Operation liegen, gelöst hat.

42. Kr. Bl. Nr. 572/34. B. A. 20 J. 0-p. Aufn. 13. 9. 34.
Aufnahme wegen starker Kreuzschmerzen.
Ut. retroflektiert, retroponiert. S. Z. sicher positiv, denn Uterus geht zwar nach vorne, federt aber sogleich wieder zurück.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. part. fix.
19. 9. 34. Operation: Der normalgroße Uterus ist retroflektiert, läßt sich leicht anteflektieren. Adnexe beiderseits ohne pathologischen Befund. Adnexe o. B.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
6. 10. Entlassen.
Epikrise: Trotzdem das Sondenzeichen als sicher positiv bezeichnet wird, wird bei der Operation ein retroflektierter Uterus festgestellt. Henkel nimmt in Fällen, in denen die Aufrichtung mit Sonde schwierig ist, aber keine Verwachsungen vorhanden sind, an, daß ein negativer Druck den retroflektierten Uterus auf dem Boden der Douglashöhle fixiert hält.

43. Kr. Bl. Nr. 605/35. Sch. K. 48 J. 4-p. Aufn. 2. 12. 35.
Ut. retroflektiert, läßt sich mit Sonde aufrichten, bleibt vorn.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.

4. 12. 35. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
22. 12. 35. Entlassen.

44. Kr. Bl. Nr. 376/35. St. K. 25 J. 0-p. Aufn. 23. 10. 35.
Ut. nicht vergrößert, derb, retroflektiert (fixiert?). Adnexe beiderseits nicht zu tasten. Parametrien frei.
Aufgenommen wegen starker Rücken- und Leibschmerzen.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. fix.?
24. 10. Ut. retroflektiert, anscheinend fixiert, Sonde geht nach hinten.
S. Z. +.
24. 10. Narkoseuntersuchung. Diagn.: Retroflexio ut. fix.
30. 10. Operation: Der Uterus retroflekiert, aber durch keinerlei Adhäsionen fixiert. Profixur nach Baldy-Frank.
12. 11. Entlassen.
Epikrise: Auch hier könnte man dieselben Ursachen für das Versagen des positiven Sondenzeichens annehmen wie im Fall Nr. 42.

45. Kr. Bl. Nr. 415/33. H. L. 31 J. 1-p. Aufn. 28. 8. 33.
Aufnahme wegen starker Kreuzschmerzen.
Ut. retroflektiert, beweglich, läßt sich aufrichten. Adnexe und Parametrien o. B.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Lacerations-Ektropium der Portio. Desc. vag. 2. Grades.
30. 8. 33. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
18. 9. 33. Entlassen.
8. 1. 34. Recidiv nach Profixur nach Alexander-Adams.
Operation: Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
25. 1. 34. Entlassen.

46. Kr. Bl. Nr. 307/369. (Kons.-Abt.) E. A. 30 J. 1-p. Aufn. 26. 6. 36.
Patientin kommt ins Krankenhaus, da sie schon 2 Jahre Brennen und Reißen im rechten Unterbauch hat.
Ut. retroflektiert, teilweise aufrichtbar, fällt sofort wieder zurück. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. +, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. part. fix. Desc. vag. 2. Grades.
1. 7. Patientin wird entlassen und wieder aufgenommen am 5. 7. 36.
6. 7. Ut. normal groß, hart, retroflektiert, beweglich, aufrichtbar, bleibt vorne liegen. Adnexe und Parametrien frei.
Sondenlänge 8 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 2. Grades.
27. 7. Ut. retroflektiert, aufrichtbar, bleibt vorne.
28. 7. Operation: Bänder sind gut entwickelt und sehr lang. Profixur nach Alexander- Adams.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 2. Grades.
17. 8. 36. Entlassen. Ut. anteflektiert, beweglich.

2. Krankengut mit negativem Sondenzeichen.

a) Fälle, in denen das negative Sondenzeichen durch die Operation bestätigt wurde.

47. Kr. Bl. Nr. 31/244/26. (Kons.-Abt.) K. J. 28 J. 2-p. Aufn. 8. 3. 26.
Ut. retroflektiert, normale Größe und Gestalt, gut beweglich.
Narkose: Rechte Adnexe etwas verdickt und druckempfindlich.
S. Z. —.
Diagn.: Retroversio ut. mob. Desc. vag. ant. et post.
Operation: Es wird ein etwa 5 cm langes Stück des runden Bandes reseziert. Nach der Operation liegt der Uterus den Bauchdecken anteflektiert an. Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
30. 3. Entlassen.

48. Kr. Bl. Nr. 508/29. M. U. 47 J. 1-p. Aufn. 25. 9. 29.
Aufnahme wegen Gebärmuttervorfall und Kreuzschmerzen, die sich bei Anstrengungen verstärken.
Ut. in Streckstellung nach rechts verzogen, anscheinend nicht vergrößert, jedoch das Collum uteri elongiert. Linkes Parametrium etwas angespannt und läuft als bleistiftdicker, transversaler Strang zur Beckenwand. Rechte Adnexe druckempfindlich, sonst o. B.
S. Z. —.
Diagn.: Retroversio ut. mob.
27. 9. Ut. retroflektiert, retrovertiert, läßt sich spielend aufrichten.
30. 9. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Desc. vag. et Retroversio ut. mob.

49. Kr. Bl. Nr. 4/31. K. D. 36 J. 4-p. Aufn. 2. 1. 31.
Aufnahme wegen Kreuzschmerzen von ziehendem Charakter während der Periode.
Ut. retrovertiert, plump, von normaler Größe, läßt sich nach vorne bringen, fällt aber immer wieder zurück. Linke Adnexe und linkes Parametrium verdickt.
S. Z. —, 8 cm.
Diagn.: Retroversio ut. fix.
4. 1. 31. Operation: Profixur des mobil retroflektierten Uterus nach Baldy-Frank. Adnexe o. B. Vordere und hintere Plastik.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
23. 1. Entlassen.

50. Kr. Bl. Nr. 22/31. K. D. 18 J. 0-p. Aufn. 12. 1. 31.
Ut. liegt retroflektiert, von normaler Größe, läßt sich nach vorne bringen. Adnexe frei.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. (Aufnahme wegen Leibschmerzen bei der Periode, die 2 Tage anhalten.)
14. 1. Operation: Der Uterus ist beweglich und liegt retroflektiert. Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
31. 1. Entlassen.

51. Kr. Bl. Nr. 109/31. W. S. 43 J. 3-p. Aufn. 5. 2. 31.
Ut. retroflektiert, etwas vergrößert, beweglich. Adnexe o. B.
S. Z. —, 9,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
7. 2. Operation: Profixur nach Alexander- Adams.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
25. 2. Entlassen.

52. Kr. Bl. Nr. 156/31. D. M. 40 J. 4-p. Aufn. 11. 3. 31.
Ut. retroflektiert, läßt sich aufrichten. Adnexe o. B.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
29. 4. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
16. 5. Entlassen.

53. Kr. Bl. Nr. 260/31. R. A. 28 J. 1-p. Aufn. 9. 4. 31.
Aufnahme wegen starker ständiger Schmerzen im Kreuz.
Ut. retroflektiert, läßt sich nach vorne bringen. Agnexe o. B.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
S. Z. —, 8 cm.
11. 4. 31. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
29. 4. Entlassen.

54. Kr. Bl. Nr. 349/31. Z. A. 45 J. 4-p. Aufn. 13. 6. 31.
Aufnahme wegen starker Kreuz- und Leibschmerzen, die in den letzten 14 Tagen stärker wurden.
Ut. retroflektiert, normal groß, läßt sich nach vorne bringen. Adnexe o. B.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
23. 6. Operation: Von einer Ventrifixur des Uterus wird Abstand genommen, da die voraufgehende Operation (Hernia ventralis) 1 Stunde und 57 Minuten gedauert hat. (Bauchdeckenplastik.)
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
26. 6. 31. Exitus an Pneumonie.

55. Kr. Bl. Nr. 437/31. F. K. 34 J. 4-p. Aufn. 3. 8. 31.
Aufnahme wegen Scheidenvorfall nach langem Laufen und Kreuzschmerzen bei der Periode.
Ut. normalgroß, retroflektiert, läßt sich nach vorne bringen. Adnexe beiderseits frei.
S. Z. —, 10 cm. Sonde geht nach hinten.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
7. 8. Operation: Der Uterus lag in Anteflexionsstellung, vergrößert und zeigte an seiner Oberfläche Adhäsionen, die anscheinend bei der voraufgegangenen Aufrichtung des Uterus gerissen sind. Profixur des Uterus nach Baldy-Frank. Adnexe o. B. Vordere und hintere Plastik.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
25. 8. Entlassen.
Epikrise: Da das Sondenzeichen erst nach der ersten bimanuellen Untersuchung und Aufrichtung des retroflektierten Uterus geprüft wurde, kann

man annehmen, daß bei der Prüfung des Sondenzeichens die Adhäsionen schon gelöst waren, und so das negative Sondenzeichen den jetzt mobilen Uterus richtig anzeigte.

56. Kr. Bl. Nr. 635/31. P. R. 26 J. 4-p. Aufn. 17. 11. 31.
Aufnahme wegen Gebärmuttervorfall.
Ut. retroflektiert, beweglich, nicht vergrößert. Adnexe und Parametrien frei
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
20. 11. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
7. 12. 31. Entlassen.

57. Kr. Bl. Nr. 691/31. K. R. 48 J. 3-p. Aufn. 17. 12. 31.
Ut. retroflektiert, läßt sich mit der Sonde aufrichten. Corpus fast gänseeigroß.
S. Z. —, 8 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 3. Grades.
23. 12. 31. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.

58. Kr. Bl. Nr. 4/32. L. M. 36 J. 0-p. Aufn. 4. 1. 32.
Aufnahme wegen Kreuz- und Leibschmerzen. Recidiv nach Alexander-Adams Operation.
Ut. retroflektiert, etwas nach rechts verschoben, normalgroß, beweglich, Adnexe beiderseits frei.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
7. 1. 32. Operation: Der Uterus liegt tief retroflektiert, ist nicht fixiert Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
25. 1. Entlassen.

59. Kr. Bl. Nr. 17/32. Sch. Th. 40 J. 7-p. Aufn. 12. 1. 32.
Aufnahme wegen andauernder Kreuz- und Leibschmerzen.
Ut. retroflektiert, läßt sich aufrichten, etwas groß. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 2. bis 3. Grades.
19. 1. 32. Operation: Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
5. 2. Entlassen.

60. Kr. Bl. Nr. 66/32. L. E. 36 J. 1-p. Aufn. 29. 1. 32.
Aufnahme wegen Kreuzschmerzen und starkem Fluor.
Ut. retroflektiert, läßt sich bis in Streckstellung bringen. Adnexe und Parametrien ohne tastbaren Befund.
S. Z. —, 8,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 2. Grades.
2. 2. 32. Operation: Profixur nach Baldy. Vorder und hintere Plastik.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.

61. Kr. Bl. Nr. 91/32. D. A. 26 J. 0-p. Aufn. 9. 2. 32.
Aufnahme wegen Schmerzen im rechten Unterbauch.
Ut. retroflektiert, nicht vergrößert, etwas dextrovertiert, bei Abwehr nicht aufrichtbar.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
13. 2. 32. Operation: Der Uterus lag stumpfwinklig retroflektiert, nicht fixiert. Profixur nach Baldy. Adnexe o. B.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Appendicopathia chronica.
21. 2. 32. Entlassen.

62. Kr. Bl. Nr. 104/32. B. H. 20 J. 2-p. Aufn. 15. 2. 32.
Aufnahme wegen starker Schmerzen bei der Periode.
Ut. retroflektiert, läßt sich aufrichten und bleibt vorne liegen. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
20. 2. 32. Operation: Profixur des Uterus, der ziemlich massig ist und retroflektiert liegt, nicht fixiert, nach Baldy-Frank. Kolporrhaphie.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. post. 2. Grades.
8. 3. 32. Entlassen.

63. Kr. Bl. Nr. 114/32. R. K. 31 J. 0-p. Aufn. 22. 2. 32.
Aufnahme wegen Schmerzen im Leib und Kreuz.
Ut. retroflektiert, mit Sonde leicht aufrichtbar, nicht vergrößert. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
1. 3. 32. Operation: Uterus liegt beweglich retroflektiert. Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.

64. Kr. Bl. Nr. 123/32. M. K. 29 J. 3-p. Aufn. 24. 2. 32.
Aufnahme wegen andauernder Schmerzen im Leib, besonders stark bei der Periode.
Ut. retroponiert in Streckstellung.
S. Z. —, 7,5 cm.
Diagn.: Retroversio ut. mob.
5. 3. 32. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retroversio ut. mob.
21. 3. 32. Entlassen.

65. Kr. Bl. Nr. 155/32. B. A. 39 J. 5-p. Aufn. 8. 3. 32.
Aufnahme wegen Schmerzen im Kreuz.
Ut. retroflektiert, mit Sonde völlig aufrichtbar. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 2. bis 3. Grades.
10. 3. 32. Operation: Profixur des beweglichen, tief retroflektiert liegenden Uterus nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
28. 3. 32. Entlassen.

66. Kr. Bl. Nr. 171/32. L. E. 19 J. 0-p. Aufn. 22. 3. 32.
Aufnahme wegen krampfartiger Schmerzen bei der Periode.
Ut. tief retroflektiert, leicht mit der Sonde aufrichtbar, dabei starke Schmerzen rechts. Adnexe anscheinend frei.
S. Z. —, 7,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Polymenorrhoe.
23. 3. 32. Operation: Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
7. 4. 32. Entlassen.

67. Kr. Bl. Nr. 183/32. G. H. 26 J. 0-p. Aufn. 29. 3. 32.
Aufnahme wegen Dysmenorrhoe.
Ut. stumpfwinklig retroflektiert, mit Sonde leicht aufrichtbar. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
31. 3. 32. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
18. 4. 32. Entlassen.

68. Kr. Bl. Nr. 194/32. D. J. 34 J. 4-p. Aufn. 7. 4. 32.
Ut. retroflektiert, beweglich. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 12 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Elongatio und Hypertrophie der Portio. Totalprolaps der Scheide.
16. 4. 32. Operation: Profixur nach Alexander-Adams. Vordere und hintere Plastik.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
30. 4. 32. Entlassen.

69. Kr. Bl. Nr. 296/32. H. B. 32 J. 3-p. Aufn. 31. 5. 32.
Aufnahme wegen starker Kreuzschmerzen.
Ut. tief retroflektiert, mit Sonde aufrichtbar.
S. Z. —, 7,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 2. bis 3. Grades.
4. 6. 32. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
23. 6. Entlassen.

70. Kr. Bl. Nr. 401/32. F. H. 34 J. 1-p. Aufn. 25. 7. 32.
Aufnahme wegen Kreuz- und Leibschmerzen, Menorrhagien.
Ut. retroflektiert, mit Sonde aufrichtbar, bleibt nicht vorne liegen. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix.
28. 7. 32. Operation: Profixur des tief retroflektiert liegenden Uterus, der nicht fixiert ist, nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
16. 8. 32. Entlassen.
Epikrise: In diesem Falle gibt die Operation dem negativen Sondenzeichen recht. Es handelt sich um eine mobile Retroflexio und nicht um eine Retroflexio ut. part. fix., wie der erste Untersucher trotz des negativen Sondenzeichens annahm.

71. Kr. Bl. Nr. 563/32. B. R. 37 J. 2-p. Aufn. 28. 10. 32.
Ut. retroflektiert, beweglich. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 8 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 3. bis 4. Grades.
29. 10. 32. Operation: Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.

72. Kr. Bl. Nr. 600/32. V. M. 24 J. 0-p. Aufn. 17. 11. 32.
Aufnahme wegen starker Schmerzen bei der Periode.
Ut. anscheinend anteflektiert, nicht vergrößert, mäßig beweglich, aber bei Bewegungsversuchen schmerzhaft. Linke Adnexe etwas druckempfindlich.
S. Z. —, 7 cm.
26. 11. 32. Operation: Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
12. 12. 32. Entlassen.

73. Kr. Bl. Nr. 614/32. H. L. 35 J. 3-p. Aufn. 23. 11. 32.
Ut. retroflektiert, mit Sonde leicht aufrichtbar.
S. Z. —, 8,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Prolapsus uteri.
25. 11. 32. Operation: Profixur nach Baldy-Frank. Adnexe o. B.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Desc. vag. 3. Grades.
12. 12. 32. Entlassen.

74. Kr. Bl. Nr. 2/33. H. L. 42 J. 3-p. Aufn. 2. 1. 33.
Aufnahme wegen Druck im Unterleib.
Ut. retroflektiert, mit Sonde aufrichtbar, bleibt nicht vorne liegen.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. part. fix.?
5. 1. 33. Operation: Vesicofixation nach Halban.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Adnexe o. B.
25. 1. 33. Entlassen.

75. Kr. Bl. Nr. 52/33. H. V. 33 J. 3-p. Aufn. 26. 1. 33.
Ut. retroflektiert, beweglich, normalgroß.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Per sec. geheilter Dammriß.
28. 1. 33. Operation: Profixur nach Alexander-Adams. Emmetsche Muttermundsplastik.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.

76. Kr. Bl. Nr. 130/33. S. E. 39 J. 0-p. Aufn. 9. 3. 33.
Aufnahme wegen Kreuzschmerzen, Fluor, Colpitis, Hypermenorrhoe.
Ut. retroflektiert, leicht dextroponiert, beweglich. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 2. Grades.
11. 3. Operation: Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
5. 4. Entlassen.

77. Kr. Bl. Nr. 133/33. Z. H. 33 J. 3-p. Aufn. 10. 3. 33.
Aufnahme wegen starker Schmerzen links im Unterbauch vor der Periode.

Ut. retroflektiert, mit der Sonde aufrichtbar, bleibt vorne liegen. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 3. Grades. Lacerationsektropium des Muttermundes.
13. 3. 33. Operation: Profixur nach Baldy-Frank. Sturmdorffsche Muttermundsplastik, hintere Scheidenplastik.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
2. 4. 33. Entlassen.

78. Kr. Bl. Nr. 154/33. G. R. 27 J. 2-p. Aufn. 22. 3. 33.
Aufnahme wegen Kreuzschmerzen und Menorrhagien.
Ut. retroflektiert, mit Sonde aufrichtbar, bleibt vorne liegen. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7. cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 2. Grades.
23. 3. 33. Operation: Profixur nach Baldy-Frank. Emmetsche Muttermundsplastik, hintere Scheidenplastik.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Adnexe o. B.
12. 4. 33. Entlassen.

79. Kr. Bl. Nr. 171/33. G. P. 32 J. 2-p. Aufn. 3. 4. 33.
Ut. in Streckstellung, dextroponiert, normalgroß, beweglich. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7 cm.
5. 4. 33. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retroversio ut. mob.
25. 4. 33. Entlassen.

80. Kr. Bl. Nr. 179/33. F. L. 33 J. 2-p. Aufn. 6. 4. 33.
Ut. in Streckstellung, beweglich, läßt sich spielend nach vorne bringen.
S. Z. —, 8 cm. Sonde geht nach oben.
Diagn.: Retroversio ut. mob. Desc. vag. 3. Grades. Lacerationsektropium des Muttermundes.
10. 4. 33. Operation: Profixur nach Baldy-Frank. Sturmdorffsche Muttermundsplastik, vordere und hintere Scheidenplastik.
Diagn.: Retroversio ut. mob.
30. 4. Entlassen.

81. Kr. Bl. Nr. 183/33. W. B. 57 J. 4-p. Aufn. 7. 4. 33.
Ut. in Streckstellung, normalgroß, beweglich.
S. Z. —, 7 cm, geht nach oben.
Diagn.: Retroversio ut. mob.
10. 4. 33. Operation: Kolpokleisis subtotalis nach Labhard, mit stumpfer Levatornaht.
Diagn.: Desc. vag. 3. Grades, Retroversio ut. mob.
30. 4. Entlassen.

82. Kr. Bl. Nr. 251/33. R. K. 41 J. 0-p. Aufn. 15. 5. 33.
Ut. stumpfwinklig retroflektiert, beweglich. Collum stark elongiert. Portio sieht nach dem Introitus. Adnexe und Parametrien, soweit bei der starken Abwehrspannung tastbar, frei.
S. Z. —, 9 cm, geht nach oben hinten.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 2. Grades.

16. 5. 33. Operation: Kolpokleisis subtotalis, Exohysteropexie, Appendectomie.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Virgineller Prolaps.
6. 6. 33. Entlassen.

83. Kr. Bl. Nr. 254/33. B. M. 27 J. 1-p. Aufn. 17. 5. 33.
Ut. retroflektiert, normalgroß, beweglich. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Appendicopathia chron.
19. 5. 33. Operation: Der Uterus liegt in Retroflexionsstellung und ist frei beweglich. Profixur nach Baldy-Frank. Appendektomie, Resectio ovar. dext.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Kleine Ovarialcyste rechts.
5. 6. 33. Entlassen.

84. Kr. Bl. Nr. 345/33. K. R. 38 J. 7-p. Aufn. 18. 7. 33.
Aufnahme wegen starker Kreuzschmerzen.
Ut. retroflektiert, beweglich, bleibt bei Aufrichtung vorne liegen. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 2. bis 3. Grades.
22. 7. 33. Operation: Ut. ist normalgroß und liegt in mobiler Retroflexionsstellung. Aufrichtung und Profixur nach Baldy. Sturmdorffsche Muttermundsplastik, vordere und hintere Scheidenplastik.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
12. 8. 33. Entlassen.

85. Kr. Bl. Nr. 497/33. W. B. 39 J. 3-p. Aufn. 5. 10. 33.
Aufnahme wegen ständiger Kreuzschmerzen.
Ut. retroflektiert, läßt sich halb aufrichten zur Anteflexio, bleibt aber in leichter Retroversionsstellung. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. part. fix. Desc. vag. 3. Grades. Portio-Hypertrophie.
9. 10. 33. Operation: Profixur des Uterus nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Adnexe o. B.
9. 11. Entlassen.
Epikrise: Trotz des negativen Sondenzeichens nimmt der Untersucher eine Retrofl. ut. part. fix. an, aber das Sondenzeichen wird durch den Operationsbefund gerechtfertigt.

86. Kr. Bl. Nr. 557/33. A. P. 35 J. 1-p. Aufn. 2. 11. 33.
Ut. retroflektiert, retrovertiert, läßt sich aufrichten, fällt aber zurück, nicht druckschmerzhaft. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 8 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Desc. vag. 1. bis 2. Grades, sec. Sterilität.
7. 11. 33. Operation: Profixur nach Baldy. Kolporrhaphia ant.
Diagn.: Retrofl.-versio ut. mob.
27. 11. 33. Entlassen.

87. Kr. Bl. Nr. 580/33. F. R. 36 J. 4-p. Aufn. 14. 11. 33.
Ut. retroflektiert, läßt sich aufrichten. Adnexe und Parametrien frei.
Aufnahme wegen starker Kreuz- und Leibschmerzen.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 3. Grades.
17. 11. 33. Operation: Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
7. 12. 33. Entlassen.

88. Kr. Bl. Nr. 587/33. F. B. 37 J. 7-p. Aufn. 17. 11. 33.
Ut. retroflektiert, läßt sich aufrichten, gut beweglich. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Desc. vag. 2. bis 3. Grades.
23. 11. 33. Operation: Profixur nach Baldy. Kolporrhaphia ant.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
13. 12. 33. Entlassen.

89. Kr. Bl. Nr. 601/33. M. M. 38 J. 4-p. Aufn. 27. 11. 33.
Ut. retroflektiert, läßt sich aufrichten. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 8,5 cm. Desc. vag. 1. Grades.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
25. 11. 33. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Hernia inguinalis bilateralis.

90. Kr. Bl. Nr. 606/33. G. R. 31 J. 2-p. Aufn. 23. 11. 33.
Aufnahme wegen starker Kreuzschmerzen.
Ut. retroflektiert, läßt sich aufrichten. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Desc. vag. 1. bis 2. Grades.
5. 12. 33. Operation: Profixur nach Alexander-Adams. Kolporrhaphia ant.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
24. 12. 33. Entlassen.

91. Kr. Bl. Nr. 637/33. K. M. 43 J. 1-p. Aufn. 7. 12. 33.
Aufnahme wegen starker Kreuzschmerzen.
Ut. retroflektiert, läßt sich aufrichten.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
12. 12. Operation: Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
15. 2. 34. Entlassen.

92. Kr. Bl. Nr. 23/34. R. K. 30 J. 4-p. Aufn. 9. 1. 34.
Aufnahme wegen Kreuzschmerzen und Menorrhagien.
Ut. retroflektiert, retrovertiert, gut beweglich, läßt sich leicht aufrichten. Adnexe und Parametrien beiderseits o. B.
S. Z. —, 8 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Desc. vag. 1. bis 2. Grades.
19. 1. 34. Operation: Profixur nach Baldy-Frank. Kolporrhaphia ant.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.

93. Kr. Bl. Nr. 38/34. G. A. 39 J. 9-p. Aufn. 15. 1. 34.
Aufnahme wegen starker Schmerzen im Kreuz und links im Unterbauch.
Ut. retroflektiert, läßt sich aufrichten. Wegen Adipositas Adnexe nicht palpabel.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Desc. vag. 2. Grades.
20. 1. 34. Operation: Profixur nach Baldy-Frank. Kolporrhaphia ant.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Adnexe o. B.
9. 2. 34. Entlassen.

94. Kr. Bl. Nr. 40/34. G. M. 42 J. 12-p. Aufn. 15. 1. 34.
Aufnahme wegen Leib- und Kreuzschmerzen.
Ut. retroflektiert, aufrichtbar. Adnexe rechts anscheinend unverändert, links etwas verdickt.
S. Z. —, 8 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 2. bis 3. Grades.
20. 1. 34. Operation: Der Uterus liegt retroflektiert, ist leicht aufrichtbar. Die Adnexe sind frei. Profixur nach Baldy-Frank. Kolporrhaphia ant.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
8. 2. 34. Entlassen.

95. Kr. Bl. Nr. 66/34. D. M. 33 J. 1-p. Aufn. 30. 1. 34.
Aufnahme wegen starker Rückenschmerzen.
Ut. retroflektiert, aufrichtbar, gut beweglich. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 8,5 cm.
Diagn.: Betrofl. ut. mob. Prolapsus vag. 4. Grades.
30. 1. 34. Operation: Profixur nach Baldy. Vordere Plastik mit Blasenraffung, hintere Plastik mit stumpfer Levatornaht.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Adnexe o. B.
19. 2. Entlassen.

96. Kr. Bl. Nr. 79/34. D. M. 33 J. 1-p. Aufn. 30. 1. 34.
Aufnahme wegen starker Rückenschmerzen.
Ut. retroflektiert, aufrichtbar, gut beweglich. Adnexe und Parametrien o. B.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Desc. vag. 3. Grades.
2. 2. 34. Operation: Profixur nach Baldy. Kolporrhaphia ant.
Diagn.: Retrofl. ut mob. Adnexe o. B.
21. 2. 34. Entlassen.

97. Kr. Bl. Nr. 394/34. H. R. 45 J. 2-p. Aufn. 25. 6. 34.
Aufnahme wegen starker Leib- und Kreuzschmerzen.
Ut. retroflektiert, aufrichtbar. Adnexe frei.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Prolapsus vag. 4. Grades.
27. 6. 34. Operation: Profixur nach Alexander-Adams. Kolporrhaphia ant.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. 17. 7. 34. Entlassen.

98. Kr. Bl. Nr. 422/34. D. M. 43 J. 3-p. Aufn. 4. 7. 34.
Aufnahme wegen Kreuz- und Leibschmerzen.
Ut. retroflektiert, aufrichtbar. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Prolapsus vag. 3. Grades.
14. 7. 34. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
7. 8. 34. Entlassen.

99. Kr. Bl. Nr. 480/34. F. A. 38 J. 4-p. Aufn. 1. 8. 34.
Aufnahme wegen Schmerzen rechts im Unterleib.
Ut. retroflektiert, aufrichtbar. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 8,5 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Prolapsus vag. 4. Grades. Menorrhagie.
3. 8. 34. Operation: Profixur nach Baldy. Vordere und hintere Scheidenplastik.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
23. 8. 34. Entlassen.

100. Kr. Bl. Nr. 256/35. F. M. 49 J. 4-p. Aufn. 9. 5. 35.
Aufnahme wegen starker Kreuz- und Leibschmerzen.
Ut. retrovertiert-flektiert. Reposition gelingt spielend. Adnexe o. B.
S. Z. —, 6 cm, schwierig.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 3. Grades.
17. 5. 35. Operation: Profixur nach Alexander-Adams, vordere und hintere Scheidenplastik.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.

101. Kr. Bl. Nr. 383/35. R. E. 25 J. 4-p. Aufn. 15. 7. 35.
Ut. retroflektiert, läßt sich leicht aufrichten. Adnexe o. B.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 1. bis 2. Grades. Menorrhagien.
18. 7. 35. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
27. 7. Verlegt in die Medizinische Klinik.

102. Kr. Bl. Nr. 413/35. M. A. 21 J. 0-p. Auf. 26. 7. 35.
Aufnahme wegen stechender Schmerzen im rechten Unterbauch.
Ut. retroflektiert, läßt sich leicht aufrichten, etwas verdickt. Rechte Adnexe druckempfindlich, verdickt, linke Adnexe o. B. Nach der Aufrichtung Mac Burney nicht mehr druckempfindlich.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
7. 8. 35. Operation: Profixur nach Baldy.
23. 8. 35. Entlassen.

103. Kr. Bl. Nr. 320/36. Sch. F. 28 J. 1-p. Aufn. 1. 7. 36.
Ut. retroflektiert, aufrichtbar, bleibt vorn. Adnexe frei.
S. Z. —, 6,5 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Desc. vag. 2. bis 3. Grades.
3. 7. 36. Operation: Profixur nach Alexander-Adams. Emmetsche Plastik, Kolpoperineoplastik.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
21. 7. Entlassen.

104. Kr. Bl. Nr. 344/36. St. B. 30. J. 1-p. Aufn. 14. 7. 36.
Aufnahme wegen ziehender Kreuz- und Leibschmerzen.
Ut. retroflektiert, aufrichtbar, bleibt vorn. Adnexe frei.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Desc. vag. 2. Grades.
16. 7. 36. Operation: Profixur nach Alexander-Adams. Emmetsche Muttermundsplastik, vordere und hintere Scheidenplastik.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
3. 8. Entlassen.

105. Kr. Bl. Nr. 347/36. B. M. 56 J. 6-p. Aufn. 16. 7. 36.
Ut. retroflektiert, aufrichtbar. Adnexe frei.
S. Z. —, 4 cm, geht nach hinten.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Desc. vag. 3. Grades.
20. 7. 36. Operation: Profixur nach Alexander-Adams, vordere und hintere Scheidenplastik.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
6. 8. 36. Entlassen.

106. Kr. Bl. Nr. 199/31. (Kons.-Abt.) Sch. M. 40 J. 4-p. Aufn. 27. 6. 31.
Aufnahme wegen Schmerzen im rechten Unterbauch und Kreuz.
Ut. retroflektiert, dextroponiert, Aufrichtungsversuche schmerzhaft. Adnexe und Parametrien frei.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.?
2. 7. Narkoseuntersuchung: Ut. retroflektiert, dextroponiert, läßt sich anheben, fällt aber sofort wieder in die Ausgangsstellung zurück. Rechtes Parametrium geringgradig verdickt.
9. 7. S. Z. —, 9 cm. (Desc. vag.)
10. 7. Operation: Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retrofl. ut. mob., Appendicopathia chronica.
27. 7. Entlassen.

107. Kr. Bl. Nr. 222/36. (Kons.-Abt.) Z. M. 28 J. 6-p. Aufn. 18. 5. 36.
Ut. retroflektiert, schwer aufrichtbar, fällt sofort wieder zurück. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 8 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Menorrhagien.
28. 5. Der retroflektierte Uterus wird aufgerichtet und ein Hodge-Pessar 75 eingelegt.
19. 10. Wiederaufnahme.
Ut. von normaler Größe und Resistenz, retroflektiert, retrovertiert, aufrichtbar. Adnexe nicht zu tasten. Parametrien frei.
S. Z. —, 7,5 cm.
Diagn.: Retrofl. versio ut. mob.
21. 10. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. 6. 7. Entlassen.

108. Kr. Bl. Nr. 270/36. (Kons.-Abt.) M. M. 40 J. 3-p. Aufn. 9. 6. 36.
Aufnahme wegen Kreuzschmerzen.
Ut. retroflektiert, gut beweglich. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7,5 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Desc. vag. 3. Grades.
17. 6. Ut. retroflektiert, mit Sonde aufrichtbar, bleibt nicht vorn. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. 6. 7. Entlassen.

109. Kr. Bl. Nr. 309/36. (Kons.-Abt.) M. H. 56 J. 7-p. Aufn. 26. 6. 36.
Ut. retroflektiert, aufrichtbar. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Desc. vag. 3. Grades.
8. 7. Operation: Profixur nach Alexander-Adams beiderseitig an den außerordentlich dünnen Bändern ausgeführt.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
24. 7. Entlassen.

110. Kr. Bl. Nr. 55/34. R. K. 27 J. 2-p. Aufn. 22. 1. 34.
Ut. retroflektiert, läßt sich aufrichten. Adnexe und Parametrien frei.
Aufnahme wegen starker Kreuz- und Leibschmerzen.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Desc. vag. 2. Grades.
26. 1. 34. Operation: Profixur nach Baldy. Appendektomie.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
12. 2. 34. Entlassen.

b) Fälle, in denen das negative Sondenzeichen durch den Operationsbefund nicht bestätigt wurde.

111. Kr. Bl. Nr. 56/29. V. M. 30 J. 3-p. Aufn. 28. 1. 29.
Ut. retrovertiert, läßt sich nicht ganz aufrichten in Streckstellung. Adnexe nicht grob tastbar verändert. Beiderseits neben und hinter dem Uterus fühlt man derbe, sehr druckschmerzhafte Stränge. Der anscheinend normalgroße Uterus ist in seiner seitlichen Beweglichkeit gehemmt.
S. Z. —.
Diagn.: Retropositio uteri. Parametritis chronica, Pelveoperitonitis adhaesiva chronica.
31. 1. Narkoseuntersuchung: Uterus anteflektiert, läßt sich ohne Schwierigkeit aufrichten, bleibt vorne liegen. Rechtes Ovar vielleicht etwas vergrößert, nicht ganz frei beweglich. Auf der linken Seite ziehen von der seitlichen Uteruskante zur Beckenwand einige scharfe Stränge.
Diagn.: Retrofl. u.t mob.
1. 3. Operation: Nach stumpfer Lösung der Adhäsionen wird der Uterus nach vorne gebracht und nach Schauta-Doléris profixiert. Die Adnexe sind beiderseits durch peritoneale Adhäsionen gefesselt. Vordere und hintere Scheidenplastik, Abrasio.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
15. 3. Entlassen.
Epikrise: In diesem Falle, wo der Uterus in seiner seitlichen Beweglichkeit gehemmt ist, versagt das Sondenzeichen. Da es sich um einen entzündlichen Prozeß im kleinen Becken handelt, haben sich die bei der Operation festgestellten Adhäsionen vielleicht erst in dem Monat gebildet, der zwischen der Prüfung des Sondenzeichens und der Operation liegt.

112. Kr. Bl. Nr. 617/33. K. M. 29 J. 0-p. Aufn. 29. 11. 33.
Aufnahme wegen krampfartiger Schmerzen in Kreuz und Leib bei der Periode.
Ut. retroflektiert, läßt sich aufrichten. Adnexe anscheinend unverändert. Parametrium zart.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
9. 12. 33. Operation: Der Uterus zeigt sich an seiner Hinterfläche stark verwachsen. Profixur nach Menge.
Diagn.: Retrofl. ut. fix. 26. 12. Entlassen.
Epikrise: Mit welchem Organ der Uterus verwachsen war, ist nicht angegeben. Ist er mit dem Sigmoid verwachsen gewesen, so ist es immerhin möglich, daß ein negatives Sondenzeichen zustandekommt, wenn das Sigmoid groß und sehr beweglich ist.

113. Kr. Bl. Nr. 75/35. Sch. A. 42 J. 1-p. Aufn. 29. 1. 35.
Ut. retroflektiert, sinistroponiert, beweglich. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
25. 2. 35. Operation: Der Uterus ist retroflektiert und durch zarte Stränge und breitbasige Adhäsionen mit dem Sigmoid verwachsen. Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix. 15. 3. 35. Entlassung.
Epikrise: In diesem Falle kann das negative Sondenzeichen durch die große Beweglichkeit des Sigmoids erklärt werden.

114. Kr. Bl. Nr. 259/29. R. M. 23 J. 0-p. Aufn. 8. 5. 29.
Ut. retroflektiert, wenig beweglich. An den Adnexen und Parametrien keine grob tastbaren Veränderungen. Ut. läßt sich mit Sonde aufrichten, bleibt vorne liegen.
Aufgenommen wegen dauernder Kreuzschmerzen.
S. Z. —, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. mob.
25. 5. Operation: Der Uterus liegt retroflektiert und ist sehr klein. Das linke Ligamentum rotundum ist durch eine breite Adhäsionsspange nach der seitlichen Beckenwand hin fixiert. Ventrifixur nach Schauta-Doléris.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
11. 6. Entlassen.
Epikrise: Auch in diesem Falle versagt das Sondenzeichen, da der Uterus hauptsächlich in seiner seitlichen Beweglichkeit eingeschränkt ist.

3. Fälle, in denen das negative Sondenzeichen nicht eindeutig positiv oder negativ ist.

a) Fälle mit angedeutetem Sondenzeichen, die im Operationsbericht als fixiert bezeichnet werden.

115. Kr. Bl. Nr. 151/364/26 (Kons.-Abt.) B. E. 34 J. 0-p. Aufn. 19. 7. 26.
Ut. retroflektiert und nach hinten fixiert, dextroponiert, etwas klein, glatte Oberfläche, beweglich. Auf der rechten Seite fühlt man einen harten, kastaniengroßen Tumor, der wenig verschieblich und anscheinend das rechte, veränderte Ovarium darstellt. Die linke Seite ist o. B.
S. Z. ±, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. fix., Pelveoperitonitis, Perityphlitis.
22. 7. 26. Operation: „Außerdem sind reichliche Verwachsungen im kleinen Becken, sodaß der Zugang erst nach Lösung der zum Teil schleierartigen Adhäsionen möglich ist. Der etwas kleiner als normale Uterus ist an seiner Hinterwand breit adhärent. Erst nach zum Teil scharfer und zum Teil stumpfer Durchtrennung der Adhäsionen läßt sich der Uterus nach vorne bringen. Die Tubenostien sind völlig in Adhäsionen eingehüllt. Der Uterus wird an den etwas dünnen Bändern gefaßt und in typischer Weise nach Schauta-Doléris ventrifixiert."
Diagn.: Retroflexio ut. fix. Pelveoperitonitis chronica, Adhäsionen in der rechten Bauchseite nach früherer Laparotomie.
13. 8. Entlassen.

116. Kr. Bl. Nr. 138/954/28 (Kons.-Abt.) G. P. 30 J. 0-p. Aufn. 11. 6. 28.
Ut. retroflektiert, retrovertiert.
S. Z. ±, 6 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. fix. Fluor, Adnextumor links.
18. 6. Narkoseuntersuchung: Ut. liegt retroflektiert, läßt sich bewegen und ohne Schwierigkeit aufrichten mit der Sonde. Der Uterus fällt wieder zurück. Verwachsungsstränge auf der linken Seite.
Diagn.: Retrofl. ut. fix. part.
27. 6. Operation: Ut. tief retroflektiert, ist im kleinen Becken durch einige stumpf zu lösende Verwachsungen fixiert. Ventrifixur nach Schauta-Doléris.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix.
17. 7. Entlassen.

117. Kr. Bl. Nr. 119/32. K. K. 43 J. 0-p. Aufn. 20. 2. 32.
Aufnahme wegen Kreuz- und Leibschmerzen.
Ut. retrovertiert, schlecht beweglich. Adnexe beiderseits druckempfindlich, sonst frei.
S. Z. ±, 7,5 cm.
Diagn.: Retroversio ut. part. fix.
27. 2. 32. Operation: Der Uterus ist schlecht beweglich, leicht zu lösende Adhäsionsstränge an seiner Hinterfläche. Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retroversio ut. fix.
16. 3. 32. Entlassen.

118. Kr. Bl. Nr. 152/32. N. K. 42 J. 1-p. Aufn. 8. 3. 32.
Aufnahme wegen starker Kreuzschmerzen.
Ut. retroflektiert, mit Hand nicht völlig aufrichtbar, mit Sonde aber völlig, bleibt nicht vorne liegen.
S. Z. ±, 8,5 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix.
12. 3. 32. Operation: Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix. Desc. vag. 2. bis 3. Grades.

119. Kr. Bl. Nr. 662/33. D. T. 25 J. 1-p. Aufn. 19. 12. 33.
Aufnahme wegen starker Kreuzschmerzen.
Ut. retroflektiert, frei beweglich, läßt sich mit der Sonde nicht sicher aufrichten. Adnexe und Parametrien beiderseits frei.
S. Z. ±, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. fix. Desc. vag. 3. bis 4. Grades.
17. 1. 34. Operation: Profixur nach Baldy. Kolporrhaphia ant.
Diagn.: Retrofl. ut. fix., ausgedehnte Adhäsionen des Uterus und seiner Anhänge.
9. 2. 34. Entlassen.

120. Kr. Bl. Nr. 49/34. R. K. 37 J. 7-p. Aufn. 18. 1. 34.
Aufnahme wegen starker anhaltender Kreuzschmerzen.
Ut. knollig, retroflektiert, Adnexe sicher frei, Parametrium zart.
S. Z. ±, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. fix. Desc. vag. 3. Grades.
25. 1. 34. Operation: Profixur nach Baldy. Kolporrhaphia ant.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix.
23. 2. 34. Entlassen.

b) Im Operationsbericht als mobil bezeichnete Fälle.

121. Kr. Bl. Nr. 614/31. G. L. 45 J. 6-p. Aufn. 3. 11. 31.
Aufnahme wegen Scheiden- und Gebärmuttervorfall.
Ut. retroflektiert, mit der Hand wegen Spannens der Bauchdecken nicht aufrichtbar, mit der Sonde aufrichtbar. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. ±, 9 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
6. 11. 31. Operation: Linke Profixur nach Alexander-Adams, rechte Profixur nach Menge. Vordere und hintere Scheidenplastik.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
27. 11. 31. Entlassen.

122. Kr. Bl. Nr. 660/31. S. B. 19 J. 0-p. Aufn. 25. 11. 31.
Aufnahme wegen sehr schmerzhafter Periode und dauernder Kreuzschmerzen. Ut. retroflektiert, nicht vergrößert, mit Hand nicht aufrichtbar. Nach Aufrichtung mit Sonde liegt Uterus in Streckstellung.
S. Z. ±, 7,25 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix.
30. 11. 31. Operation: Der Uterus liegt retroflektiert, ist nicht fixiert. Es scheint sich um einen Uterus arcuatus zu handeln. Profixur nach Baldy-Frank.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
29. 12. 31. Entlassen.

123. Kr. Bl. Nr. 55/32. M. H. 32 J. 2-p. Aufn. 25. 1. 32.
Aufnahme wegen Kreuzschmerzen und Blutungsunregelmäßigkeiten.
Ut. in stumpfem Winkel retroflektiert, mit Sonde leicht aufrichtbar. Aus der Anteflexionsstellung nach der Aufrichtung legt sich der Uterus sofort wieder in die Streckstellung. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. ±, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix. Desc. vag. 2. bis 3. Grades.
28. 1. 32. Operation: Profixur nach Baldy-Frank. Kolporrhaphia.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
17. 2. 32. Entlassen.

124. Kr. Bl. Nr. 192/32. H. A. 27 J. 0-p. Aufn. 4. 4. 32.
Ut. retroflektiert, nicht vergrößert, mit Sonde leicht aufrichtbar, bleibt vorne liegen. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. ±, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
6. 4. 32. Operation: Der Uterus liegt retroflektiert, nicht fixiert. Profixur nach Baldy. Adnexe o. B.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.

125. Kr. Bl. Nr. 500/32. R. A. 30 J. 3-p. Aufn. 19. 9. 32.
Aufnahme wegen Kopfschmerzen, Erbrechen, Augenflimmern nach der Periode.
Ut. retroflektiert, normalgroß, läßt sich nicht aufrichten. Adnexe frei.
S. Z. ±, 8 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. fix.
29. 9. 32. Operation: Der Uterus liegt in Retroflexionsstellung, jedoch beweglich. Profixur nach Baldy-Frank. Adnexe o. B.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
8. 10. Entlassen.

126. Kr. Bl. Nr. 532/32. H. R. 36 J. 2-p. Aufnahme 10. 10. 32.
Aufnahme wegen Schmerzen rechts im Unterbauch.
Ut. retroflektiert, nicht völlig frei beweglich. Adnexe beiderseits druckempfindlich.
S. Z. ±, 8 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix.
11. 2. 33. Operation: Der Uterus liegt retroflektiert, läßt sich leicht nach vorne bringen und wird in typischer Weise nach Baldy profixiert. Eine Fixation des Uterus lag nicht vor, sie war lediglich vorgetäuscht.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
4. 3. 33. Entlassen.

127. Kr. Bl. Nr. 552/33. M. B. 33 J. 1-p. Aufn. 30. 10. 33.
Aufnahme wegen sek. Sterilität.
Ut. retroflektiert, retrovertiert, beweglich, läßt sich aufrichten, fällt jedoch wieder zurück. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. ±, 7,5 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
8. 11. 33. Operation: Profixur nach Baldy. Kolporrhaphia.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Desc. vag. ant. et post. 2. bis 3. Grades.
16. 11. 33. Exitus durch Bronchopneumonie.

128. Kr. Bl. Nr. 622/33. K. L. 22 J. 2-p. Aufn. 30. 11. 33.
Ut. retroflektiert, läßt sich aufrichten. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. ±, 9 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Desc. vag. 4. Grades.
2. 12. 33. Operation: Vordere und hintere Plastik. Von Profixur wird aus Gründen der Sepsis Abstand genommen. (Eiterpusteln am Mons pubis.)
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
21. 12. 33. Entlassen.

129. Kr. Bl. Nr. 624/33. B. B. 35 J. 3-p. Aufn. 1. 12. 33.
Ut. tief in der Douglashöhle liegend, sehr beweglich, etwas plump. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. ±, 8,5 cm.
5. 12. 33. Operation: Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
24. 12. Entlassen.

130. Kr. Bl. Nr. 399/34. R. B. 57 J. 4-p. Aufn. 25. 6. 34.
Ut. retroflektiert, läßt sich aufrichten, fällt zurück. Adnexe und Parametrie o. B.
S. Z. ±, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix. Desc. vag. 3. Grades.
27. 6. 34. Operation: Profixur nach Baldy. Kolporrhaphia ant.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Adnexe o. B.
17. 7. Entlassen.

131. Kr. Bl. Nr. 482/34. S. R. 39 J. 2-p. Aufn. 1. 8. 34.
Aufnahme wegen ziehender Schmerzen in Kreuz und Leib.
Ut. retroflektiert, sicher zum Teil aufrichtbar. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. ±, 9 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix. Prolapsus vag. 4. Grades.
4. 8. 34. Operation: Profixur nach Alexander-Adams.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
23. 8. 34. Entlassen.

132. Kr. Bl. Nr. 229/35. A. A. 47 J. 4-p. Aufn. 10. 4. 35.
Aufnahme wegen starker Kreuzschmerzen und Schmerzen rechts im Leib.
Ut. retroflektiert, dextrovertiert, rechts fixiert, läßt sich manuell und durch die Sonde nicht aufrichten. Adnexe links o. B., rechts druckempfindlich, aber ohne pathologischen Befund.
S. Z. ±, 7 cm.
Diagn.: Retroflexio ut. part. fix. Desc. vag. 2. bis 3. Grades.
17. 4. 35. Operation: Der Uterus ist retroflektiert, läßt sich aber leicht aufrichten. Beide Adnexe sind o. B. Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.

133. Kr. Bl. Nr. 429/35. P. A. 26 J. 4-p. Aufn. 5. 8. 35.
Ut. retroflektiert. Aufrichtungsversuche wegen Schmerzhaftigkeit unterlassen.
S. Z. ±, 8 cm. Sondierung ist schmerzhaft.
Diagn.: Retrofl. ut. fix. Desc. vag. 2. bis 3. Grades.
27. 8. 35. Operation: Profixur nach Alexander-Adams. Vordere und hintere Scheidenplastik.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. 14. 9. Entlassen.

134. Kr. Bl. Nr. 294/36. K. R. 58 J. 6-p. Aufn. 15. 6. 36.
Aufnahme wegen unwillkürlichen Harnabganges.
Ut. retroflektiert, mit Sonde aufrichtbar, bleibt nicht vorne liegen. Adnexe frei.
S. Z. ±, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix. Desc. vag. 2. Grades.
18. 6. 36. Operation: Profixur nach Baldy. Vordere und hintere Scheidenplastik. Incontinentia urinae.
23. 6. Exitus.

135. Kr. Bl. Nr. 350/36. M. M. 36 J. 4-p. Aufn. 15. 7. 36.
Ut. retroflektiert, mit Sonde aufrichtbar, fällt zurück. Adnexe frei
Aufnahme wegen stark schmerzhafter Periode.
S. Z. ±, 8 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix. Desc. vag. 2. bis 3. Grades.
18. 7. 36. Operation: Profixur nach Baldy. Vordere und hintere Scheidenplastik.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. 4. 8. 36. Entlassen.

136. Kr. Bl. Nr. 117/933/28. (Kons.-Abt.) M. K. 31 J. 1-p. Aufn. 15. 5. 28.
Ut. retroponiert, retrovertiert, läßt sich aufrichten und bleibt vorne liegen, gut beweglich. Adnexe und Parametrien frei.
Aufnahme wegen dauernder Schmerzen in der Unterbauchgegend.
S. Z. ±, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
11. 6. Operation: Ut. retroflektiert, klein, hart, glatt und beweglich. Ventrifixur nach Schauta-Doléris.
Diagn.: Retroflexio ut. mob. Die Revision der Adnexe ergab keine pathologischen Veränderungen.
20. 6. Exitus.

137. Kr. Bl. Nr. 351/35. (Kons.-Abt.) S. A. 41. J. 3-p. Aufn. 3. 10. 35.
Aufnahme wegen starker Kreuz- und Leibschmerzen.
Ut. derb, in Streckstellung retroponiert. Adnexe nicht zu tasten. Parametrien frei.
S. Z. ±, 7,5 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Prolapsus vag. 4. Grades.
7. 10. Operation: Profixur nach Alexander-Adams. Vordere Plastik.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. Desc. vag. 4. Grades. 29. 10. Entlassen.

138. Kr. Bl. Nr. 1/36 (Kons.-Abt.) J. M. 26 J. 0-p. Aufn. 2. 1. 36.
Ut. retro- und sinistroponiert, anscheinend beweglich. Kein Aufrichtungsversuch wegen sehr heftiger Abwehrspannung und Schmerzäußerung. Adnexe und Parametrien frei.
S. Z. ±, 6,5 cm, geht nach links hinten.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix.

9. 1. 36. Operation: Der Uterus, der verhältnismäßig klein ist, ist tief retroflektiert, aber nirgends adhärent, sodaß er sich mühelos anteflektieren läßt. Profixur nach Baldy. Appendektomie.
Diagn.: Retrofl. ut. mob. 24. 1. Entlassen.

139. Kr. Bl. Nr. 426/36. (Kons.-Abt.) A. D. 21 J. 0-p. Aufn. 29. 9. 36.
Ut. retroflektiert, retrovertiert, wenig beweglich. Rechte Adnexe frei, linke Adnexe unklar verdickt. Douglas stark druckempfindlich.
S. Z. ±, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix.
2. 10. Narkoseuntersuchung: Uterus beweglich, mit Sonde aufrichtbar.
S. Z. —.
10. 10. 36. Uterus hühnereigroß, derb, retrovertiert, nicht aufrichtbar. Adnexe anscheinend frei.
15. 10. Operation: Retrofl. ut. mob.
29. 10. Entlassen.

c) Fälle, bei denen an Adnexen Adhäsionen vorgefunden wurden, die aber in der Operationsdiagnose als mobil bezeichnet werden.

140. Kr. Bl. Nr. 231/32. O. B. 41 J. 4-p. Aufn. 28. 4. 32.
Ut. retroflektiert, nicht sicher beweglich. Adnexe und Parametrien frei. Aufgenommen wegen starker Kreuz- und Leibschmerzen.
S. Z. ±, 7,5 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix. Menorrhagien.
6. 5. 32. Operation: Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retrofl. ut. myonatosi mob. 23. 5. Entlassen.

141. Kr. Bl. Nr. 486/33. E. M. 31 J. 0-p. Aufn. 2. 10. 33.
Aufnahme wegen starker Leibschmerzen.
Ut. retroflektiert, retro- und sinistrovertiert, zum Teil sicher fixiert, läßt sich aufrichten, fällt jedoch zurück. Adnexe und Parametrien o. B.
S. Z. ±.
Diagn.: Retrofl. ut. part. fix.
5. 10. 33. Operation: Profixur nach Baldy-Frank, wobei beiderseits Verklebungen zwischen Tube und Därmen gelöst werden.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.

142. Kr. Bl. Nr. 7/34. D. E. 27 J. 0-p. Aufn. 3. 1. 34.
Ut. retroflektiert, retrovertiert, läßt sich aufrichten. Adnexe anscheinend frei. Parametrien zart. Uterus dextroponiert.
Aufgenommen wegen anhaltender Kreuzschmerzen und Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend.
S. Z. ±, 7 cm.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
8. 1. 34. Operation: Die Dextroversio des Uterus zeigt sich bedingt durch Adhäsionen der rechten Tube mit ihrer Umgebung. Profixur nach Baldy.
Diagn.: Retrofl. ut. mob.
30. 1. 34. Entlassen.
Epikrise dieser 3 Fälle: In diesen Fällen kann man das angedeutete Sondenzeichen verstehen, denn die Adhäsionen fixieren den Uterus nicht stark genug, um das positive S. Z. hervorzurufen, andererseits sind sie doch schon zu fest, um das negative S. Z. zuzulassen; es handelt sich also um Grenzfälle, in denen man selten ein eindeutiges positives oder negatives Sondenzeichen erhalten wird.

II. Kritische Zusammenfassung.

Ich habe 142 Fälle, 46 mit positivem, 68 mit negativem und 28 mit angedeutetem Sondenzeichen zusammengestellt. Unter angedeutetem S. Z. verstehe ich die Fälle, in denen das Zeichen nicht eindeutig positiv oder negativ (±) ist. In allen 142 Fällen konnte das S. Z. durch Operation kontrolliert werden. Als Ergebnis ist festgestellt:

1. Bei den 46 Fällen mit positivem Sondenzeichen fand ich 23 mal einen fixierten und 23 mal einen mobilen Uterus. Aus dieser Aufstellung kann man also schließen, daß bei positivem Ausfall des Sondenzeichens in 50 % der Fälle ein fixierter Uterus vorliegt.

2. Die 68 Fälle mit negativem Sondenzeichen teilen sich ein in 65 mit mobilem und 3 mit fixiertem Uterus. Das negative S. Z. stimmt also in 65 von 68 Fällen mit der Operationsdiagnose überein, was 95,6 % für die Richtigkeit des negativen Sondenzeichens ausmacht.

3. Bei den 28 Fällen mit angedeutetem Sondenzeichen wurde 22 mal ein mobiler und 6 mal ein fixierter Uterus bei der Operation festgestellt. Unter den 22 Fällen sind 3 Fälle (Nr. 140, 141, 142), bei denen im Operationsbericht notiert ist, daß an den Adnexen Adhäsionen bestanden, der Uterus aber nicht verwachsen war; deshalb habe ich sie entsprechend den Operationsberichten unter den 22 Fällen mit mobiler Retroflexio uteri angeführt. Unter den 28 Fällen mit angedeutetem Sondenzeichen sind also 22 (78,6 %) mit mobilem und 6 (21,4 %) mit fixiertem Uterus. In 28 von 142 Fällen konnte also durch das Sondenzeichen keine Aufklärung über die Art der Retroflexio uteri erhalten werden, was 19,7 % ausmacht.

4. Fasse ich die Fälle mit positivem (46 +) und negativem (68 —) Sondenzeichen zusammen, so bekomme ich 114 Fälle. Von diesen Fällen wurden als richtig bezeichnet 65 Fälle mit negativem und 23 mit positivem Sondenzeichen, im ganzen also 88 Fälle, in denen das Sondenzeichen durch die Operation bestätigt wurde, was 77,1 % ausmacht.

5. Setze ich die 88 Fälle, die als richtig angenommen werden dürfen, ins Verhältnis zu der Gesamtzahl der Fälle von 142, also mit Verwendung der Fälle mit angedeutetem (28 ±) Sondenzeichen, die für die Diagnose unverwertbar sind, so erhalte ich in 62 % der Fälle richtige Aufklärung darüber, ob es sich um eine mobile oder fixierte Retroflexio uteri handelt.

Nun will ich noch das Ergebnis meiner Arbeit mit den Ergebnissen früherer Arbeiten über das Sondenzeichen in Vergleich setzen.

Roseno hat in seiner Arbeit 100 Fälle mit Retroversio-flexio uteri angeführt, in denen das Sondenzeichen geprüft und durch Operation, klinische und poliklinische Untersuchung kontrolliert wurde. Er führt 13 Fälle mit positivem S. Z. an, davon wurden 11 als richtig angesehen, was 84,6 % ausmacht. 81 seiner Fälle hatten ein negatives S. Z., wovon das negative Sondenzeichen 80 mal im Sinne eines mobilen Uterus bestätigt wurde, was 98,8 % ausmacht. 6 seiner Fälle hatten ein angedeutetes Sondenzeichen, was für die Diagnose unverwertbar ist. Das Sondenzeichen wurde also in 91 (11 +, 80 —) von 94 (13 +, 81 —) Fällen für richtig gehalten, was 96,8 % ausmacht.

Unter seinen 100 Fällen führt Roseno 13 Fälle an, die durch Operation geprüft wurden. 4 dieser Fälle hatten ein positives, 8 ein negatives und 1 ein angedeutetes (±) Sondenzeichen, welches für die Diagnose nicht verwertbar ist. Durch die Operation wurden 3 Fälle mit positivem und die 8 Fälle mit negativem Sondenzeichen als richtig bestätigt. Es sind also von 12 (4 +, 8 —) Fällen 11 (3 +, 8 —) als richtig anerkannt worden, was 91,7 % ausmacht. Die 8 Fälle mit negativem Sondenzeichen wurden alle durch die Operation bestätigt, was in diesem Falle eine 100 %ige Sicherheit des negativen Sondenzeichens bedeutet. Von den 4 Fällen mit positivem Sondenzeichen sind 3 als richtig anerkannt worden, was 75 % ausmacht.

Sprave berichtet von 32 Fällen, in denen das Sondenzeichen geprüft wurde. 18 dieser Fälle wurden durch Operation kontrolliert, darunter sind aber 4 Fälle, die schon von Roseno angegeben wurden, sodaß Sprave nur 14 operative Fälle hat. Diese 14 Fälle setzen sich aus 13 Fällen mit positivem und einem Fall mit angedeutetem Sondenzeichen zusammen. Nur in einem dieser 13 Fälle mit positivem Sondenzeichen wurde eine mobile Retroflexio uteri festgestellt, sodaß sich das positive Sondenzeichen mit 92,3 % als richtig erwies.

Stribrny führt 61 durch Operation, 14 in Narkose und 8 durch Untersuchung geprüfte Fälle an. Von diesen 83 Fällen sind 77 praktisch verwertbar; von diesen werden 67 als richtig angenommen, das sind 87 % Sicherheit des Sondenzeichens.

Die 61 operativen Fälle setzen sich zusammen aus 11 mit positivem, 40 mit negativem, 6 mit angedeutetem Sondenzeichen und 4 (3 +, 3 —), die nicht verwertbar sind. Es bleiben also 57 verwertbare Fälle. Durch die Operation wurde das positive Sondenzeichen 9 mal (81,8 %) und das negative 38 mal (95 %) bestätigt. Bei angedeutetem Sondenzeichen fand sich bei der Operation 4 mal (66,7 %) ein beweglicher und 2 mal (33,3 %) ein fixierter Uterus. Das

Sondenzeichen wurde also in 47 (9 +, 38 —) von 51 Fällen mit positivem oder negativem Sondenzeichen als richtig angesehen, das sind 92,2 % Zuverlässigkeit des Sondenzeichens.

Entnehme ich diesen Arbeiten nun — entsprechend meiner Fragestellung — die durch Operation kontrollierten Fälle mit positivem und negativem Sondenzeichen (Roseno 12, Sprave 13, Stribrny 51) und füge sie meinen 114 Fällen hinzu, so erhalte ich zusammen 190 Fälle, in denen das positive oder negative Sondenzeichen durch Operation kontrolliert wurde. Von diesen 190 Fällen wurde das Sondenzeichen 158 mal (83,2 %) (Roseno 3 +, 8 —, Sprave 12 +, Stribrny 9 +, 38 —, Leisen 23 +, 65 —) durch Operation als richtig bezeichnet. Von den 74 Fällen mit positivem Sondenzeichen (Roseno 4 +, Sprave 13 +, Stribrny 11 +, Leisen 46 +) stimmten 47 (63,5 %) mit der Operationsdiagnose überein. Von den 116 Fällen mit negativem Sondenzeichen (Roseno 8 —, Stribrny 40 —, Leisen 68 —) stimmten 111 (95,7 %) mit der Operationsdiagnose überein.

Zusammenfassung.

Wenn ich aus den Ergebnissen meiner eigenen Untersuchung den Wert des Sondenzeichens beurteilen will, so finde ich, daß das Sondenzeichen in 19,7 % der Fälle kein eindeutiges Urteil über die Art der Retroflexio uteri erlaubt und daher für die Diagnose ausfällt. Bei eindeutig negativem Sondenzeichen kann ich dagegen mit 95,6 % Sicherheit auf eine Retroflexio uteri mobilis, bei eindeutig positivem Sondenzeichen mit einer Wahrscheinlichkeit von 50 % auf eine fixierte Retroversio-flexio uteri schließen. In meiner Arbeit erhielt ich von 142 Fällen in 88 (62 %) Fällen durch das Sondenzeichen die richtige, durch die Operation bestätigte Diagnose; in 88 (77,1 %) von 114 Fällen mit positivem oder negativem Sondenzeichen wird dasselbe bestätigt.

Zähle ich die Ergebnisse der anderen 3 Arbeiten hinzu, so erhalte ich unter 190 Fällen mit positivem und negativem Sondenzeichen 158 (83,2 %) mal eine eindeutige Aufklärung über den Befund am Uterus.

Das Sondenzeichen ist somit bei negativem Ausfall am besten brauchbar (95,7 %, Ergebnis aus allen Arbeiten), bei positivem Ausfall wesentlich unzuverlässiger (63,5 %, Ergebnis aus allen Arbeiten), bei angedeutetem Ausfall nicht verwertbar.

In diesem Sinne kann man das Sondenzeichen in unklaren Fällen, wenn keine Gegenindikation für die Sondierung besteht, als ein wichtiges Hilfsmittel zur Unterscheidung zwischen mobiler und fixierter Retroflexio-versio uteri anwenden.

Schrifttum.

Nr. 1. Ottokar Gerich: Zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri. Medizinische Klinik Nr. 11. 1929, Seite 423.

Nr. 2. Gauß: Die Behandlung der Retroversio-flexio uteri. Fortschritte der Therapie, Heft 7, 1929.

Nr. 3. Vogt: Über die wichtigsten Lageveränderungen der weiblichen Genitalorgane. Münch. mediz. Wochenschrift, Nr. 21, Jahrgang 1931.

Nr. 4. Okintschitz: Prophylaxie et traitement des rétrodéviations utérines. (Rev. franc. Gynéc. 28, 1933. Berichte über die gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe, Band 26/1934.

Nr. 5. Sharman, Albert: Observations on the retroverted uterus. (Glasgow med. J. 117/1932.) Berichte über die gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe, Band 22/1932.

Nr. 6. Condamin R.: L'élévation de l'uterus. Son objectif thérapeutique sur les tractions douglassiennes. (Lyon med. 1929 I.) Berichte über die gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe. Band 16/1929.

Nr. 7. Seitz: Differentialdiagnose in der Frauenheilkunde. 1928.

Nr. 8. Fehling, Franz: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1913.

Nr. 9. Koblanck: Beiträge zur Behandlung der Retroflexio ut. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Band 47/1902.

Nr. 10. Henkel, M.: Die Retroflexio ut. in der allgemeinen Praxis. Münchener med. Wochenschrift Nr. 41/1909.

Nr. 11. Benthin: Die Diagnose der Lageveränderungen des Uterus und der übrigen Genitalorgane. D. med. Wochenschrift Nr. 37/1929, S. 1538-40.

Nr. 12. Gauß: Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Berlin 1920. Band 16, Teil 2.

Nr. 13. Popovic, L.: Die Flexionen des Uterus. Beitrag zur Hysterosalpingographie. Klin. Wschr. Jahrgang 7, Nr. 27/1928.

Nr. 14. Menge, C.: Behandlung der Lageveränderungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Handb. der gesamten Therapie, Band 7, Jahrg. 1912.

Nr. 15. Weitere Untersuchungen über das Sondenzeichen bei Retroflexio uteri. Inaug. Diss. Würzburg 1925. Stribrny gen. Silber, Hellmuth.

Nr. 16. Opitz: Handbuch für Frauenheilkunde.

Nr. 17. Roseno: Das Sondenzeichen, ein Beitrag zur Symptomatologie der Retroflexio ut. fixata. Inaug. Diss. Freiburg 1920.

Nr. 18. Untersuchungen über die Sondendiagnose bei Retroflexio uteri fixata. Inaug. Diss. Freiburg 1921. Sprave.

Nr. 19. Jaschke: Gynaekologie, 1935.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Gauß für die Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates sowie für die freundliche Unterstützung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer den angegebenen Schriften keinerlei weitere Hilfsmittel dazu benützt habe.

Kaspar Leisen.

Lebenslauf.

Ich, Kaspar Leisen, wurde am 9. Dezember 1908 in Dasburg, Kr. Prüm (Eifel) geboren als Sohn des Anstreichers und Wünschelrutenforschers Matthias Leisen und seiner Ehefrau Antoinette, geb. Scheidt.

Von Ostern 1915 bis Dezember 1921 besuchte ich die Volksschule in Dasburg, von da ab bis Ostern 1923 in Neuerburg, Kr. Bitburg. Nach der Schulentlassung ging ich bis Mitte 1924 zu Bekannten aufs Land, von wo aus ich dann zu meinen Eltern nach Godesberg a. Rh. kam und im Betriebe meines Vaters tätig war. Ostern 1928 machte ich die Aufnahmeprüfung für die Untersekunda der Oberrealschule in Bonn, wo ich auch Ostern 1932 die Reifeprüfung bestand, um dann Medizin zu studieren.

Seit Pfingsten 1929 wohnen meine Eltern in Bodendorf a. d. Ahr (Rheinland).

Ich studierte an folgenden Universitäten: 1. Semester Bonn, 2. und 3. Semester München, 4. und 5. Semester Würzburg, wo ich mein Physikum machte, 6. und 7. Semester Bonn, 8. Semester Jena, 9. Semester Königsberg und 10. und 11. Semester wieder in Würzburg, wo ich im Herbst 1937 mein medizinisches Staatsexamen machte, um später wahrscheinlich praktischer Arzt zu werden.